

Jakarta, 10 Oktober 2022

Nomor : 001/F2.RSKGM.PMKP/UI/2022  
Lamp. : 1 (satu) rangkap  
Hal : Laporan Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien Bulan Juli –  
September 2022

Kepada Yth.  
Direktur RSKGM FKG UI  
di Jakarta

Dengan hormat, sehubungan dengan dilakukannya kegiatan Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien di RSKGM FKG UI, berikut ini kami laporkan hasil kegiatan selama bulan Juli - September 2022. Kami mohon saran dan masukan sesuai laporan terlampir.

Demikian laporan ini dibuat, atas bantuan dan kerjasamanya kami ucapkan terima kasih.

Ketua Komite PMKP,



Dr.drg. Natalina, Sp.Perio(K)  
NIP 196512251992022001

**LAPORAN PROGRAM  
PENINGKATAN MUTU DAN KESELAMATAN PASIEN  
EVALUASI HASIL PENILAIAN INDIKATOR NASIONAL MUTU,  
MUTU PRIORITAS, DAN MUTU UNIT  
BULAN JULI - SEPTEMBER 2022**



**RSKGM  
FKG UI**

**RUMAH SAKIT KHUSUS GIGI DAN MULUT  
FAKULTAS KEDOKTERAN GIGI  
UNIVERSITAS INDONESIA  
2022**

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **1.1 Latar Belakang**

Dalam upaya meningkatkan mutu pelayanan kesehatan, khususnya di Rumah Sakit Khusus Gigi dan Mulut Fakultas Kedokteran Gigi Universitas Indonesia (RSKGM FKG UI) disusun suatu indikator sederhana untuk mengukur kualitas pelayanan. Alat ukur ini lebih mencerminkan mutu pelayanan medis, mutu pelayanan pendukung dan tingkat kecanggihan. Komite peningkatan mutu dan keselamatan pasien membuat program peningkatan mutu dimana salah satu kegiatannya adalah pemantauan indikator mutu rumah sakit. Untuk mengetahui pencapaian indikator mutu, maka dilakukan pelaporan terhadap kegiatan pemantauan indikator mutu.

### **1.2 Tujuan**

- a. Sebagai masukan kepada Direktur RSKGM FKG UI untuk menentukan kebijakan selanjutnya dalam rangka peningkatan mutu dan keselamatan pasien
- b. Dasar perencanaan tindak lanjut dalam peningkatan mutu dan keselamatan pasien di RSKGM FKG UI

### **1.3 Dasar**

- a. Undang-Undang RI no. 29 tahun 2004 tentang Praktek Kedokteran;
- b. Undang-Undang RI no. 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit;
- c. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1438/MENKES/PER/IX/2010 tentang Standar Pelayanan Kedokteran;
- d. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 34 Tahun 2017 Tentang Akreditasi Rumah Sakit;
- e. Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 436/Menkes/SK/VI/ 1993 tentang berlakunya Standar Pelayanan Rumah Sakit dan Standar Pelayanan Medis di Rumah Sakit.
- f. Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor HK.01.07/MENKES/1128/2022 Tentang Standar Akreditasi Rumah Sakit

## BAB II INDIKATOR MUTU DAN KESELAMATAN PASIEN

Pelaksanaan program mutu dan keselamatan pasien perlu dilaksanakan *monitoring*, penilaian dan evaluasi program yang terus menerus. Direktur Rumah Sakit, Komite PMKP RSKGM FKG UI dan Staf Unit Layanan telah menentukan indikator prioritas RS yaitu:

Tabel Indikator Mutu Prioritas RS

No.		JUDUL	STANDAR
1	Ketepatan identifikasi pasien	Angka ketepatan identifikasi pasien bedah mulut dan maksilofasial sebelum perawatan	100%
2	Peningkatan komunikasi yang efektif	Ketepatan pengisian CPPT (Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi) oleh DPJP di Unit Bedah Mulut dan Maksilofasial	100%
3	Peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai/ <i>high alert</i>	Kelengkapan penandaan label obat anestesi lokal di Unit Bedah Mulut dan Maksilofasial	100%
4	Kepastian tepat lokasi, tepat prosedur, tepat pasien operasi	Kelengkapan penandaan <i>site marking</i> odontogram sebelum tindakan di Unit Bedah Mulut dan Maksilofasial	100%
5	Pengurangan risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan	Kepatuhan cuci tangan oleh DPJP, perawat, nakes lainnya dan peserta didik di Unit Bedah Mulut dan Maksilofasial	≥80%
6	Pengurangan risiko pasien jatuh	Terpasangnya pita kuning pada pasien risiko jatuh di Unit Bedah Mulut dan Maksilofasial	100%
7	Asesment pasien	Angka kelengkapan asesmen awal medis pasien Unit Bedah Mulut dan Maksilofasial	100%
8	Pengadaan rutin peralatan kesehatan dan obat penting untuk memenuhi kebutuhan pasien	Terpenuhinya pengadaan bahan anestesi lokal pada Unit Bedah Mulut dan Maksilofasial	100%
9	Pelayanan pemeliharaan sarana RS	Kecepatan waktu menanggapi dan memperbaiki kerusakan alat di Unit Bedah Mulut dan Maksilofasial	≥80%
10	Ketersediaan, isi, penggunaan catatan tentang pasien	Angka ketepatan pengisian elektronik rekam medis rawat jalan dalam 24 jam	100%
11	Pengawasan Penelitian di RSKGM	Penerbitan Surat ijin penelitian di RSKGM dalam 2 minggu	100%

**BAB III**  
**PELAKSANAAN PENGAMBILAN DATA UNIT KERJA**

No.	Kegiatan	Indikator Pencapaian
1.	Penetapan pic di masing-masing unit	SK dibuat bulan Januari 2019
2.	Pengumpulan data, analisa, tindak lanjut indikator mutu unggulan, mutu unit dan nasional mutu dari tiap unit kerja dan dilaporkan kepada Direktur RSKGM FKG UI	Setiap unit melaporkan mutu PMKP
3.	Melaksanakan validasi data indikator mutu unggulan terdiri dari 6 area keselamatan pasien; indikator mutu unit dan indikator nasional mutu	Hasil validasi indikator baru atau meragukan hasil mutu
4.	Pelaksanaan rapat mutu (Komite PMKP dan unit kerja)	Pelaksanaan rapat yang dihadiri oleh pimpinan, komite PMKP dan unit kerja
5.	Melaksanakan orientasi pegawai baru	Orientasi dan sosialisasi dilakukan oleh SDM
6.	Membuat program kerja PMKP tahun 2022	Dibuat bulan Januari 2022 dan revisi Juli 2022
7.	Melaksanakan audit panduan praktik klinis dan audit protokol klinis	Telah dilaksanakan
8.	Melaksanakan perbandingan data indicator nasional mutu dengan rumah sakit lain secara regional maupun nasional	Telah dilakukan

**BAB IV**  
**HASIL REKAPITULASI KEGIATAN PMKP**

Komite PMKP telah melakukan pengambilan data indikator mutu nasional, prioritas RS, dan unit bulan Juli - September 2022 dengan hasil sebagai berikut:

**A. Hasil Penilaian Nasional Mutu**

No.	Indikator Penilaian Mutu	Tahun	Jul	Agu	Sep	Target	Kesimpulan
1.	Kepatuhan identifikasi pasien sebelum tindakan	2022	99,9%	99,78%	97,02%	100%	Belum sesuai standar
2.	Rerata Waktu Tanggap Pelayanan Gawat Darurat <5 menit	2022	76,79%	99,1%	95,65%	100%	Belum sesuai standar
3.	Waktu Tunggu Rawat Jalan <60 menit	2022	78,37%	81,65%	95,24%	≥80%	Sesuai standar
4.	Penundaan Operasi Elektif untuk Kasus Bedah Mulut di OK Mayor	2022	0%	0%	0%	≤5%	Sesuai standar
5.	Kepatuhan jam visite dokter di unit rawat inap	2022	100%	100%	100%	≥80%	Sesuai standar
6.	Waktu lapor hasil tes kritis laboratorium	2022	100%	100%	100%	100%	Sesuai standar
7.	Kepatuhan penggunaan formularium di unit rawat jalan dan rawat inap	2022	100%	100%	100%	≥80%	Sesuai standar
8.	<b>Kepatuhan cuci tangan di unit rajal dan ranap</b>						
	IGD	2022	95%	95%	95%	≥80%	Sesuai standar
	Oral Diagnostik	2022	93%	96%	95%		Sesuai standar
	Bedah Mulut dan Maksilofasial	2022	95%	93%	95%		Sesuai standar
	Periodonsia	2022	95%	96%	95%		Sesuai standar
	Ilmu Penyakit Mulut	2022	98%	96%	96%		Sesuai standar
	Konservasi Gigi	2022	93%	93%	95%		Sesuai standar
	Prostodonsia	2022	95%	96%	95%		Sesuai standar
	Ortodonsia	2022	95%	96%	95%		Sesuai standar
	Eksekutif	2022	93%	94%	96%		Sesuai standar
	Ilmu Kedokteran Gigi Anak	2022	93%	94%	95%		Sesuai standar
	Integrasi	2022	93%	93%	95%		Sesuai standar
	Instalasi Bedah Sentral	2022	98%	98%	98%		Sesuai standar
	<b>PROFESIONAL PEMBERI ASUHAN</b>						
	DPJP	2022	93%	94%	96%	≥80%	Sesuai standar
	Perawat	2022	94%	95%	95%		Sesuai standar
	PPDGS	2022	95%	95%	95%		Sesuai standar
	Nakes lain	2022	95%	96%	96%		Sesuai standar

No.	Indikator Penilaian Mutu	Tahun	Jul	Agu	Sep	Target	Kesimpulan
	Koas	2022	92%	94%	96%		Sesuai standar
9.	Kepatuhan upaya pencegahan risiko cedera akibat pasien jatuh pada unit rawat inap	2022	100%	100%	100%	100%	Sesuai standar
10.	Kepuasan pasien dan keluarga	2022	100%	100%	98,7%	≥76,61%	Sesuai standar
11.	Kecepatan waktu tanggap komplain	2022	98,78%	100%	100%	≥80%	Sesuai standar
12.	KEPATUHAN TERHADAP PPK						
	BMM						
	Odontektomi gigi Molar 3 bawah	2022	100%	100%	100%	100%	Sesuai standar
	Kontrol post odontektomi gigi Molar 3 bawah	2022	100%	100%	100%	100%	Sesuai standar
	Ekstraksi sederhana pada gigi gangren radix	2022	100%	100%	100%	100%	Sesuai standar
	Ekstraksi komplikasi pada gigi nekrosis pulpa	2022	100%	100%	100%	100%	Sesuai standar
	Kontrol post ekstraksi komplikasi gigi nekrosis pulpa	2022	100%	100%	100%	100%	Sesuai standar
	KONSERVASI GIGI						
	Karies dentin	2022	%	96%	%	100%	Belum sesuai standar
	Pulpitis ireversibel (akar ganda)	2022	%	%	100%	100%	Sesuai standar
	Pulpitis ireversibel (akar tunggal)	2022	%	%	%	100%	Tidak ada kasus
	Nekrosis pulpa (akar tunggal)	2022	%	%	100%	100%	Sesuai standar
	PROSTODONSIA						
	Atrisi gigi vital direhabilitasi dengan gigi tiruan cekat	2022	%	100%	%	100%	Sesuai standar
	Gangguan sendi temporomandibula	2022	%	100%	100%	100%	Sesuai standar
	Gigi non vital pasca PSA direhabilitasi dengan mahkota pasak inti	2022	100%	%	%	100%	Sesuai standar
	Kehilangan gigi menyeluruh direhabilitasi dengan gigi tiruan lengkap	2022	100%	100%	%	100%	Sesuai standar
	Kehilangan gigi sebagian direhabilitasi dengan gigi tiruan lepasan	2022	%	27%	%	100%	Belum sesuai standar
	PERIODONSIA						
	Periodontitis <i>grade C stage 3-4</i>	2022	%	100%	100%	100%	Sesuai standar
	Gingivitis akut akibat plak	2022	%	100%	100%	100%	Sesuai standar
	Abses periodontal	2022	%	100%	100%	100%	Sesuai standar
	Hipersensitif dentin	2022	%	100%	100%	100%	Sesuai standar

No.	Indikator Penilaian Mutu	Tahun	Jul	Agu	Sep	Target	Kesimpulan
	Periodontitis kronis ringan	2022	%	100%	100%	100%	Sesuai standar
<b>ORTODONSIA</b>							
	Kelainan fungsi dentofasial	2022	%	100%	100%	100%	Sesuai standar
	Maloklusi kelas I kompleks (aktivasi alat orto cekat)	2022	%	100%	100%	100%	Sesuai standar
	Maloklusi kelas I kompleks (pemeriksaan awal dan pemasangan alat)	2022	%	100%	94%	100%	Belum sesuai standar
	Maloklusi kelas II (aktivasi alat orto cekat)	2022	%	98%	100%	100%	Sesuai standar
	Maloklusi kelas III (aktivasi alat orto cekat)	2022	%	97%	100%	100%	Sesuai standar

## B. Hasil Penilaian Mutu Prioritas RS

Tabel Unit Prioritas Bedah Mulut Maksilofasial

No.	Indikator Penilaian Mutu	Tahun	Jul	Agu	Sep	Target	Kesimpulan
1.	Angka ketepatan identifikasi pasien bedah mulut dan maksilofasial sebelum perawatan	2022	95,1%	97,3%	99,7%	100%	Belum sesuai standar
2.	Ketepatan pengisian CPPT (Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi) oleh DPJP di Unit Bedah Mulut dan Maksilofasial	2022	98,04%	98,3%	99,7%	100%	Belum sesuai standar
3.	Kelengkapan penandaan label obat anestesi lokal di Unit Bedah Mulut dan Maksilofasial	2022	62,75%	75,6%	69,7%	100%	Belum sesuai standar
4.	Kelengkapan penandaan <i>site marking</i> odontogram sebelum tindakan di Unit Bedah Mulut dan Maksilofasial	2022	67,65%	69,8%	80%	100%	Belum sesuai standar
5.	Kepatuhan cuci tangan oleh DPJP, perawat, nakes lainnya dan peserta didik di Unit Bedah Mulut dan Maksilofasial	2022	95%	93%	95%	≥80%	Sesuai standar
6.	Terpasangnya pita kuning pada pasien risiko jatuh di Unit Bedah Mulut dan Maksilofasial	2022	%	97,9%	88,4%	100%	Belum sesuai standar
7.	Angka kelengkapan asesmen awal medis pasien Unit Bedah Mulut dan Maksilofasial	2022	100%	95,6%	99,4%	100%	Belum sesuai standar
8.	Terpenuhinya pengadaan bahan anestesi lokal pada Unit Bedah Mulut dan Maksilofasial	2022	63,73%	74,2%	70,8%	100%	Belum sesuai standar
9.	Kecepatan waktu menanggapi dan memperbaiki kerusakan alat di Unit Bedah Mulut dan Maksilofasial	2022	100%	100%	96%	≥80%	Sesuai standar
10.	Angka ketepatan pengisian elektronik rekam medis rawat jalan dalam 24 jam	2022	98,04%	99,3%	99,7%	100%	Belum sesuai standar
11.	Penerbitan Surat ijin penelitian di RSKGM dalam 2 minggu	2022	%	%	100%	100%	Sesuai standar



### C. Hasil Penilaian Indikator Mutu Unit

No.	Unit	Judul Indikator	Tahun	Jul	Agu	Sep	Target	Kesimpulan
1.	IGD	Kelengkapan penilaian triase dan asesmen IGD	2022	55%	50%	75%	100%	Belum sesuai standar
2.	Klinik Eksekutif	Kelengkapan asesmen	2022	60%	75%	80%	100%	Belum sesuai standar
3.	Konservasi	Ketepatan teknik irigasi menggunakan NaOCl 2,5% sehingga tidak menyebabkan nyeri	2022	100%	100%	100%	100%	Sesuai standar
4.	Rawat Inap	Kepatuhan pelaksanaan komunikasi efektif dengan metode SBAR dan TBK secara benar	2022	100%	100%	100%	100%	Sesuai standar
5.	Bedah Sentral	Waktu tunggu operasi elektif $\leq 2$ hari	2022	100%	100%	100%	100%	Sesuai standar
6.	Kedokteran Gigi Anak	Kelengkapan pemeriksaan Gigi dan Mulut Anak selama dan pasca Pandemi Covid-19	2022	100%	100%	100%	100%	Sesuai standar
7.	Prostodonsia	Ketersediaan DPJP utama untuk pasien Prostodonsia yang mendapatkan pelayanan di minimal 2 unit	2022	100%	100%	100%	100%	Sesuai standar
8.	Geriatric (Edelweiss)	Kepatuhan pengisian 2 kuesioner asesmen geriatri tentang Activity of Daily Living (ADL) dan Mini-Cog, Clock Drawing Test pada kunjungan 1	2022	100%	100%	100%	100%	Sesuai standar
9.	Penyakit Mulut	Waktu penanganan pasien di unit $\leq 75$ menit	2022	100%	100%	%	100%	Sesuai standar
10.	HIV (Lotus) dan Penyakit Menular (Yasmin)	Kepatuhan prosedur awal reuse instrument terpakai di unit	2022	%	%	%	100%	Tidak ada pasien
11.	Periodonsia	Screening ulang penyakit sistemik	2022	98%	92,1%	81,8%	100%	Belum sesuai standar
12.	Ortodonsia	Waktu tunggu pasien baru untuk asesmen awal sampai penegakkan diagnosis dan	2022	85%	83%	100%	100%	Sesuai standar

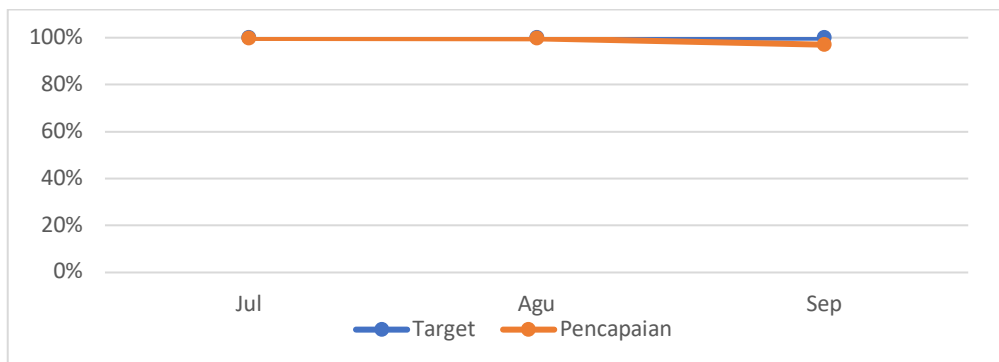
No.	Unit	Judul Indikator	Tahun	Jul	Agu	Sep	Target	Kesimpulan
		rencana perawatan kurang dari 1 bulan						
13.	Radiologi	Kejadian kegagalan hasil pemeriksaan radiograf	2022	1,23%	1%	1,92%	<5%	Sesuai standar
14.	Integrasi	Kepatuhan komunikasi efektif: instruksi pasca tindakan	2022	100%	100%	100%	100%	Sesuai standar
15.	Oral Diagnostik	Kelengkapan asesmen awal keperawatan	2022	100%	100%	100%	≥80%	Sesuai standar
16.	Lab Klinik	Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksa laboratorium	2022	100%	100%	100%	100%	Sesuai standar
17.	Farmasi	Penulisan resep sesuai dengan telaah resep	2022	100%	100%	100%	100%	Sesuai standar
18.	Rekam Medik	Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah pelayanan	2022	100%	90%	99,7%	100%	Belum sesuai standar
19.	Pelayanan CSSD-Laundry	Tidak ada kesalahan pada proses <i>packing</i> dan <i>labeling</i> alat steril	2022	90%	97%	99%	100%	Belum sesuai standar
20.	Administrasi dan manajemen	Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai kesepakatan waktu	2022	100%	100%	100%	100%	Sesuai standar
21.	Ambulance/Kereta Jenazah	Waktu pelayanan ambulance/ Kereta jenazah 24 jam	2022	%	%	%	100%	Tidak ada permintaan/ kebutuhan
22	Gizi	Ketepatan waktu pemberian makanan pada pasien ranap	2022	100%	100%	100%	100%	Sesuai standar

## BAB V ANALISIS DATA NASIONAL MUTU

Data Nasional mutu telah dilakukan validasi data disebabkan mutu ini akan dimasukkan ke Kemenkes (link <http://mutufasyankes.kemkes.go.id/simar>), data valid dengan nilai 97%. Hasil evaluasi penilaian Indikator nasional mutu diperoleh uraian sebagai berikut:

### 1. Kepatuhan identifikasi pasien sebelum dilakukan tindakan

	Jul	Agu	Sep
Target	100%	100%	100%
2022	99,9%	99,78%	97,02%



#### ANALISIS:

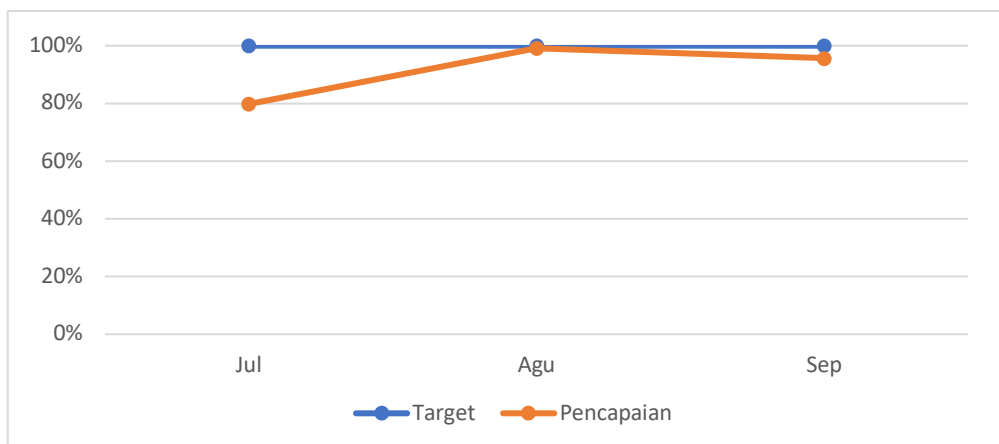
- Grafik memperlihatkan tren negatif dan belum tercapai target 100%

#### RENCANA TINDAK LANJUT:

- Upaya akan terus dilakukan dengan cara sosialisasi berkala, monitoring dan evaluasi untuk tercapai target 100%

### 2. Rerata waktu tanggap pelayanan gawat darurat <5 menit

	Jul	Agu	Sep
Target	100%	100%	100%
2022	76,79%	99,1%	95,65%



**ANALISIS:**

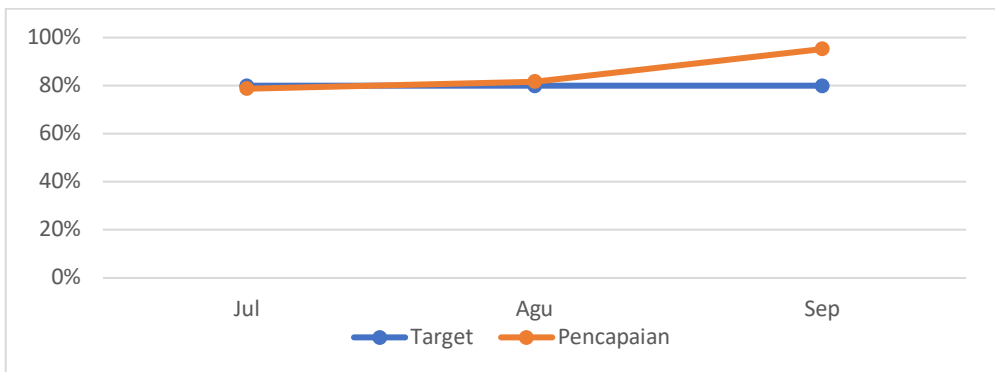
- Grafik memperlihatkan hasil fluktuatif dan belum tercapai target 100%. Hal ini disebabkan oleh dpjp/ perawat/ terapis tidak ada ditempat, unit penunjang tidak operasional 24jam.

**RENCANA TINDAK LANJUT:**

- Upaya akan terus dilakukan dengan cara sosialisasi berkala, monitoring dan evaluasi untuk tercapai target 100%
- Unit layanan penunjang dioptimalkan
- PPA yang bertugas ada di tempat/ mudah dihubungi

**3. Waktu tunggu rawat jalan pasien <60 menit**

	Jul	Agu	Sep
Target	≥80%	≥80%	≥80%
2022	78,37%	81,65%	95,24%



**ANALISIS:**

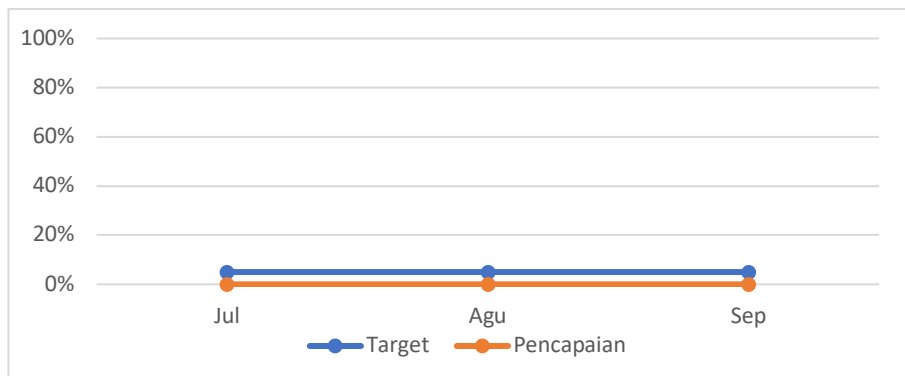
- Grafik memperlihatkan tren positif dan sudah tercapai target ≥80%

**RENCANA TINDAK LANJUT:**

- Upaya akan terus dilakukan dengan cara sosialisasi berkala, monitoring dan evaluasi untuk mempertahankan target ≥80%

**4. Penundaan operasi elektif untuk kasus bedah di OK Mayor**

	Jul	Agu	Sep
Target	≤5%	≤5%	≤5%
2022	0%	0%	0%



**ANALISIS:**

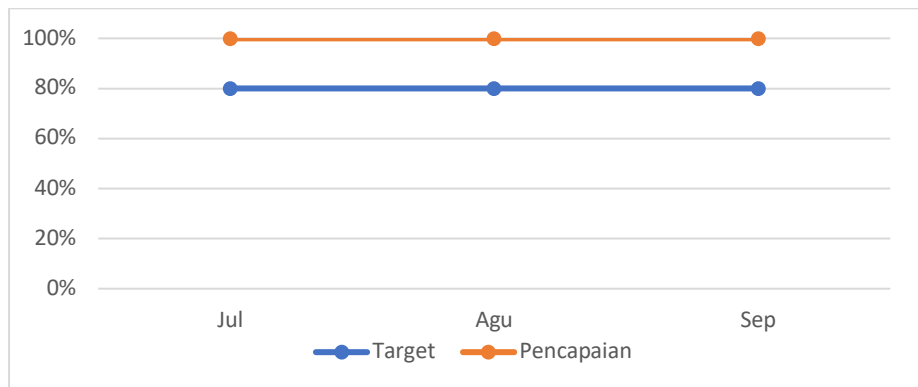
- Grafik memperlihatkan hasil yang telah tercapai target

**RENCANA TINDAK LANJUT:**

- Upaya akan terus dilakukan dengan cara monitoring dan evaluasi untuk mempertahankan capaian target  $\leq 5\%$

**5. Kepatuhan jam visite dokter di unit rawat inap**

	Jul	Agu	Sep
Target	$\geq 80\%$	$\geq 80\%$	$\geq 80\%$
2022	100%	100%	100%



**ANALISIS:**

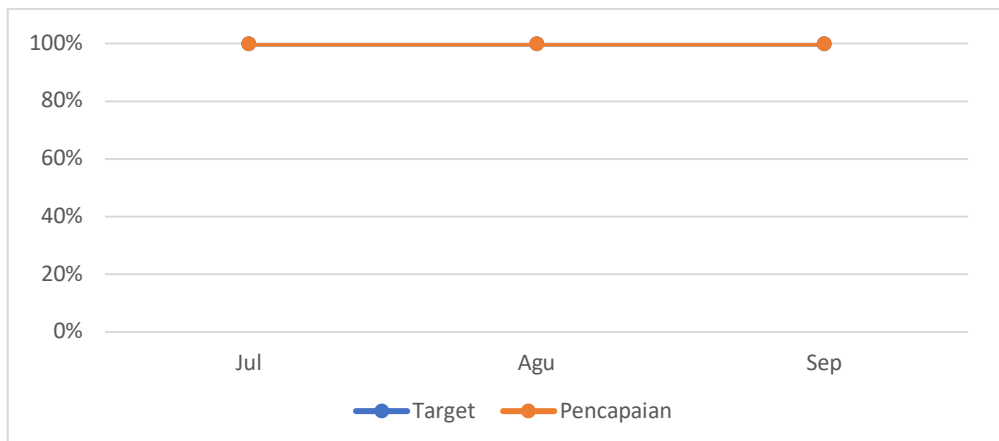
- Grafik memperlihatkan hasil yang telah tercapai target.

**RENCANA TINDAK LANJUT:**

- Upaya akan terus dilakukan dengan cara monitoring dan evaluasi untuk mempertahankan capaian target  $\geq 80\%$

**6. Waktu lapor hasil tes kritis laboratorium**

	Jul	Agu	Sep
Target	100%	100%	100%
2022	100%	100%	100%



**ANALISIS:**

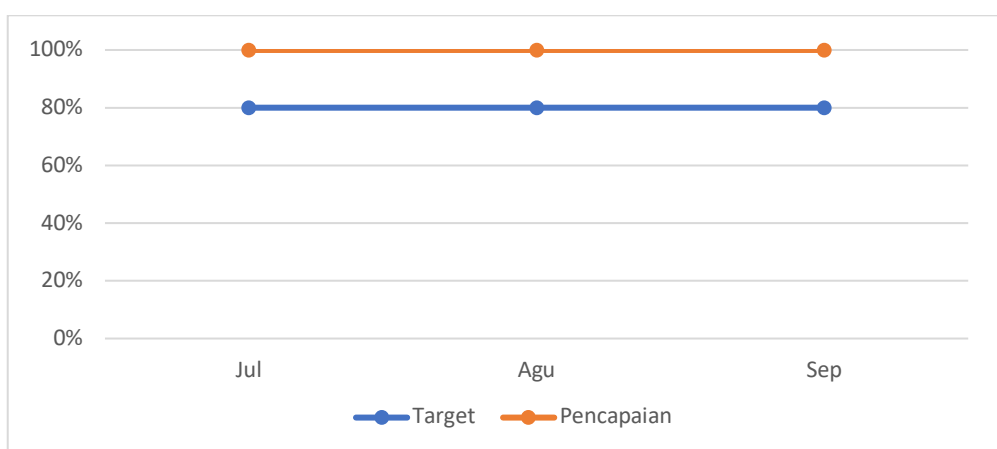
- Grafik memperlihatkan hasil yang telah tercapai target

**RENCANA TINDAK LANJUT:**

- Upaya akan terus dilakukan dengan cara monitoring dan evaluasi untuk mempertahankan capaian target 100%

**7. Kepatuhan penggunaan formularium di unit rawat jalan dan unit rawat inap**

	Jul	Agu	Sep
Target	≥80%	≥80%	≥80%
2022	100%	100%	100%



**ANALISIS:**

- Grafik memperlihatkan hasil yang telah tercapai target

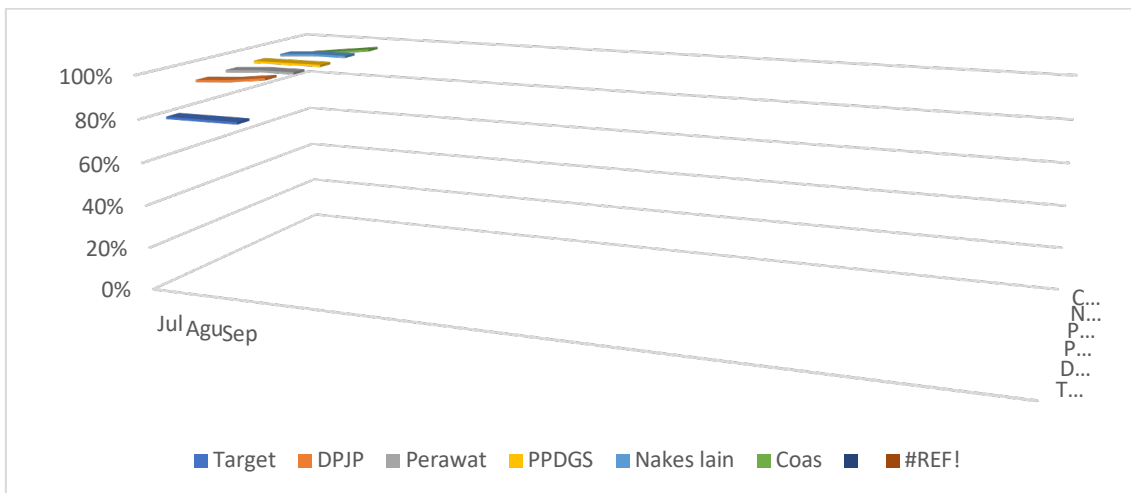
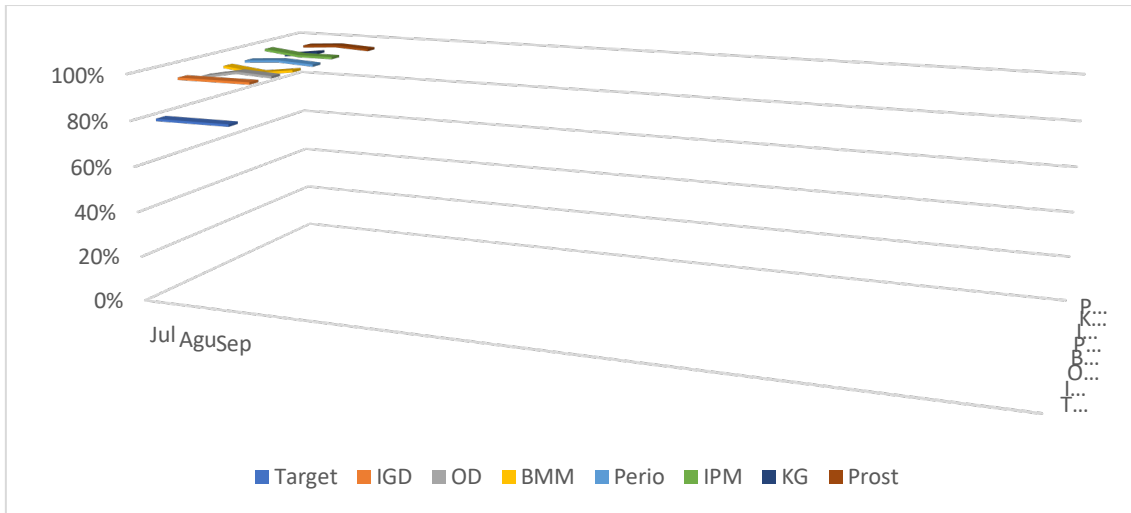
**RENCANA TINDAK LANJUT:**

- Upaya akan terus dilakukan dengan cara monitoring dan evaluasi untuk mempertahankan capaian target ≥80%

**8. Kepatuhan cuci tangan di unit rawat jalan dan unit rawat inap**

	Tahun	Jul	Agu	Sep
Target		≥80%	≥80%	≥80%
IGD	2022	95%	95%	95%
Oral Diagnostik	2022	93%	96%	95%
Bedah Mulut Maksilofasial	2022	95%	93%	95%
Periodonsia	2022	95%	96%	95%
Ilmu Penyakit Mulut	2022	98%	96%	96%
Konservasi Gigi	2022	93%	93%	95%
Prostodonsia	2022	95%	96%	95%
Ortodonsia	2022	95%	96%	95%
Eksekutif	2022	93%	94%	96%
Ilmu Kedokteran Gigi Anak	2022	93%	94%	95%
Integrasi 1	2022	93%	93%	95%
Instalasi Bedah Sentral	2022	98%	98%	98%
PPA				
DPJP	2022	93%	94%	96%
Perawat	2022	94%	95%	95%

PPDGS	2022	95%	95%	95%
Nakes lain	2022	95%	96%	96%
Koas	2022	92%	94%	96%



**ANALISIS:**

- Grafik memperlihatkan target telah tercapai

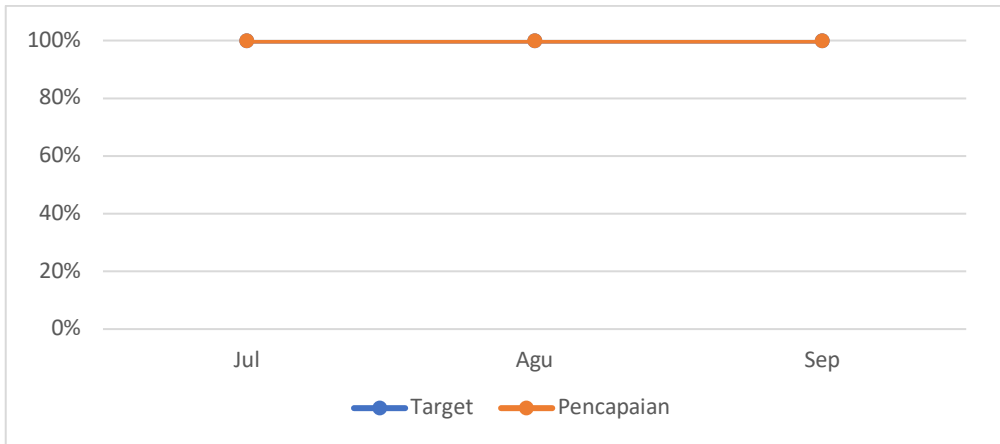
**RENCANA TINDAK LANJUT:**

Berdasarkan hasil penilaian (audit) diatas terhadap kepatuhan kebersihan tangan (*hand hygiene*) seluruh petugas di RSKGM FKG UI, maka Tim PPI di RSKGM FKG UI merencanakan mempertahankan capaian kepatuhan kebersihan tangan (*hand hygiene*) dengan cara:

1. Melakukan reedukasi
2. Melakukan monitoring sarana dan prasarana untuk cuci tangan.
3. Melengkapi kelengkapan sarana dan prasarana untuk cuci tangan

**9. Kepatuhan upaya pencegahan risiko cedera akibat pasien jatuh pada unit rawat inap**

	Jul	Agu	Sep
Target	100%	100%	100%
2022	100%	100%	100%



**ANALISIS:**

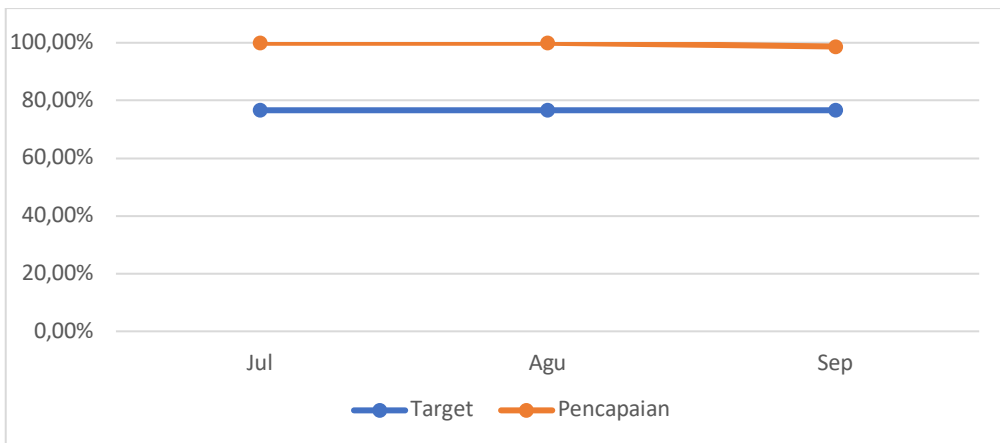
- Grafik memperlihatkan hasil yang telah tercapai target

**RENCANA TINDAK LANJUT:**

- Upaya akan terus dilakukan dengan cara monitoring dan evaluasi untuk mempertahankan capaian target 100%

**10. Kepuasan Pasien dan Keluarga**

	Jul	Agu	Sep
Target	≥76,61%	≥76,61%	≥76,61%
2022	100%	100%	98,7%



**ANALISIS:**

- Grafik memperlihatkan hasil yang telah tercapai target.

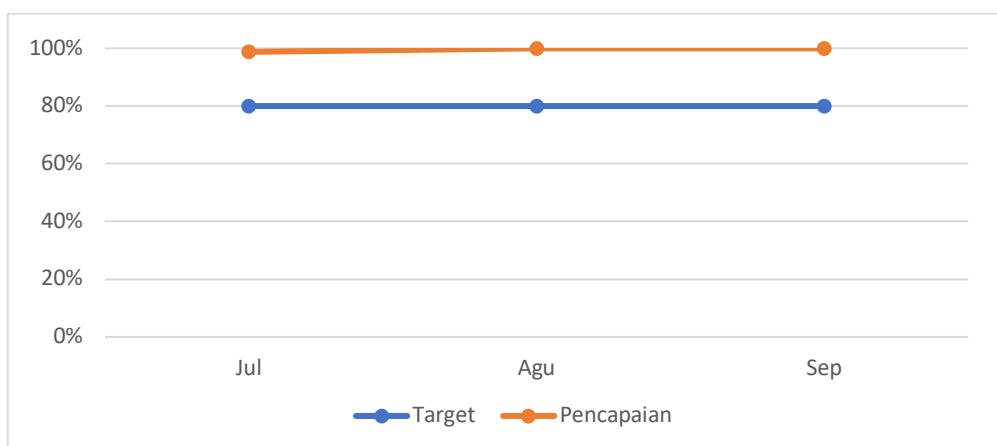
**RENCANA TINDAK LANJUT:**

- Upaya akan terus dilakukan dengan cara sosialisasi berkala, monitoring dan evaluasi untuk mempertahankan capaian target ≥76,61%

**11. Kecepatan waktu tanggap komplain**

	Jul	Agu	Sep
Target	≥80%	≥80%	≥80%
2022	98,78%	100%	100%





**ANALISIS:**

- Grafik memperlihatkan hasil yang telah tercapai target.

**RENCANA TINDAK LANJUT:**

- Upaya akan terus dilakukan dengan cara sosialisasi berkala, monitoring dan evaluasi untuk mempertahankan capaian target  $\geq 80\%$
- Pelatihan SDM untuk meningkatkan profesionalisme dan komunikasi

**12. Kepatuhan Terhadap Panduan Praktik Klinis**

**Unit Bedah Mulut dan Maksilofasial**

**a. Odontektomi gigi molar 3 bawah**

	Jul	Agu	Sep
Target	100%	100%	100%
2022	100%	100%	100%

**ANALISIS:**

- Grafik memperlihatkan hasil telah tercapai target

**RENCANA TINDAK LANJUT:**

- Upaya akan terus dilakukan dengan cara sosialisasi berkala, monitoring dan evaluasi untuk mempertahankan capaian target 100%

**b. Kontrol pasca odontektomi gigi molar 3 bawah**

	Jul	Agu	Sep
Target	100%	100%	100%
2022	100%	100%	100%

**ANALISIS:**

- Grafik memperlihatkan hasil telah tercapai target

**RENCANA TINDAK LANJUT:**

- Upaya terus dilakukan untuk mempertahankan capaian target

**c. Ekstraksi sederhana gigi gangrene radix**

	Jul	Agu	Sep
Target	100%	100%	100%
2022	100%	100%	100%

**ANALISIS:**

- Grafik memperlihatkan hasil telah tercapai target

**RENCANA TINDAK LANJUT:**

- Upaya terus dilakukan untuk mempertahankan capaian target.

**d. Ekstraksi komplikasi gigi nekrosis pulpa**

	Jul	Agu	Sep
Target	100%	100%	100%
2022	100%	100%	100%

**ANALISIS:**

- Grafik memperlihatkan hasil telah tercapai target

**RENCANA TINDAK LANJUT:**

- Upaya terus dilakukan untuk mempertahankan capaian target.

**e. Kontrol post ekstraksi komplikasi gigi nekrosis pulpa**

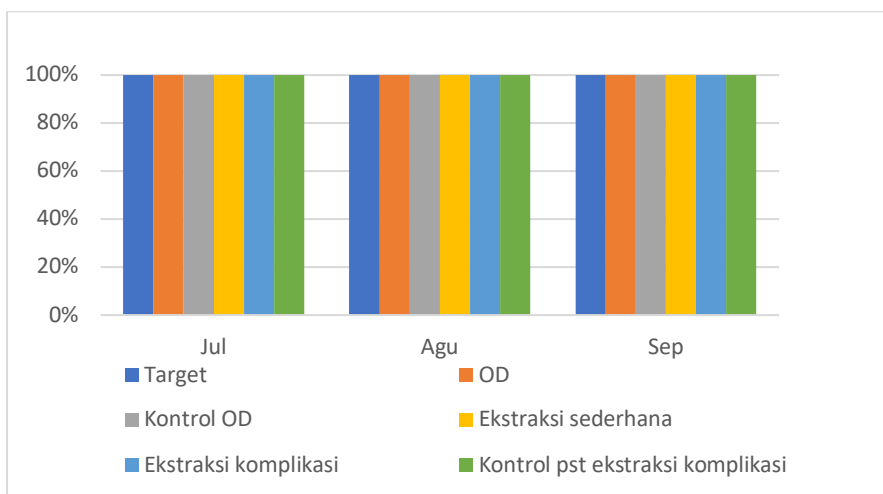
	Jul	Agu	Sep
Target	100%	100%	100%
2022	100%	100%	100%

**ANALISIS:**

- Grafik memperlihatkan hasil telah tercapai target

**RENCANA TINDAK LANJUT:**

- Upaya terus dilakukan untuk mempertahankan capaian target



## **Klinik Konservasi Gigi**

### **a. Karies Dentin**

	Jul	Agu	Sep
Target	100%	100%	100%
2022	%	96%	%

#### **ANALISIS:**

- Grafik memperlihatkan hasil belum tercapai target di bulan Agustus. Bulan Juli dan September tidak ada kasusnya.

#### **RENCANA TINDAK LANJUT:**

- Upaya terus dilakukan untuk meningkatkan capaian target

### **b. Pulpitis Ireversibel akar ganda**

	Jul	Agu	Sep
Target	100%	100%	100%
2022	%	%	100%

#### **ANALISIS:**

- Grafik memperlihatkan hasil telah tercapai target di bulan September. Bulan Juli dan Agustus tidak ada kasusnya.

#### **RENCANA TINDAK LANJUT:**

- Upaya terus dilakukan untuk mempertahankan capaian target

### **c. Pulpitis Ireversibel (akar tunggal)**

	Jul	Agu	Sep
Target	100%	100%	100%
2022	%	%	%

#### **ANALISIS:**

- Bulan Juli, Agustus, dan September tidak terdapat kasusnya.

#### **RENCANA TINDAK LANJUT:**

- Upaya akan terus dilakukan dengan cara sosialisasi berkala, monitoring, dan evaluasi untuk tercapai target 100%

### **d. Nekrosis pulpa (akar tunggal)**

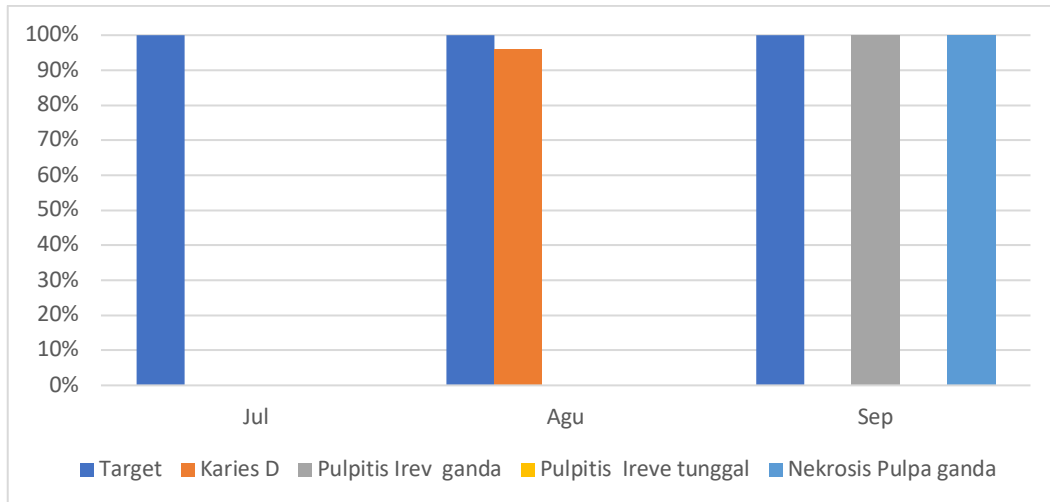
	Jul	Agu	Sep
Target	100%	100%	100%
2022	%	%	100%

#### **ANALISIS:**

- Grafik memperlihatkan hasil telah tercapai target di bulan September. Bulan Juli dan Agustus tidak ada kasusnya.

#### **RENCANA TINDAK LANJUT:**

- Upaya terus dilakukan untuk mempertahankan capaian target



### **Klinik Prostodonsia**

#### **a. Atrisi gigi vital direhabilitasi dengan gigi tiruan cekat**

	Jul	Agu	Sep
Target	100%	100%	100%
2022	%	100%	%

#### **ANALISIS:**

- Grafik memperlihatkan hasil telah tercapai target di bulan Agustus. Bulan Juli dan September tidak ada kasusnya.

#### **RENCANA TINDAK LANJUT:**

- Upaya terus dilakukan untuk mempertahankan capaian target

#### **b. Gangguan sendi temporomandibula**

	Jul	Agu	Sep
Target	100%	100%	100%
2022	%	100%	100%

#### **ANALISIS:**

- Grafik memperlihatkan hasil telah tercapai target 100% di bulan Agustus dan September. Bulan Juli tidak ada kasusnya.

#### **RENCANA TINDAK LANJUT:**

- Upaya terus dilakukan untuk mempertahankan capaian target

#### **c. Gigi non vital pasca PSA direhabilitasi dengan mahkota pasak inti**

	Jul	Agu	Sep
Target	100%	100%	100%
2022	100%	%	%

#### **ANALISIS:**

- Grafik memperlihatkan hasil telah tercapai target di bulan Juli. Bulan Agustus dan September tidak terdapat kasusnya.

**RENCANA TINDAK LANJUT:**

- Upaya akan terus dilakukan dengan cara sosialisasi berkala, monitoring dan evaluasi untuk mempertahankan capaian target 100%

**d. Kehilangan gigi menyeluruh direhabilitasi dengan gigi tiruan lengkap**

	Jul	Agu	Sep
Target	100%	100%	100%
2022	100%	100%	%

**ANALISIS:**

- Grafik memperlihatkan hasil telah tercapai target di bulan Juli dan Agustus. Bulan September tidak terdapat kasus.

**RENCANA TINDAK LANJUT:**

- Upaya terus dilakukan untuk mempertahankan capaian target

**e. Kehilangan gigi sebagian direhabilitasi dengan gigi tiruan lepasan**

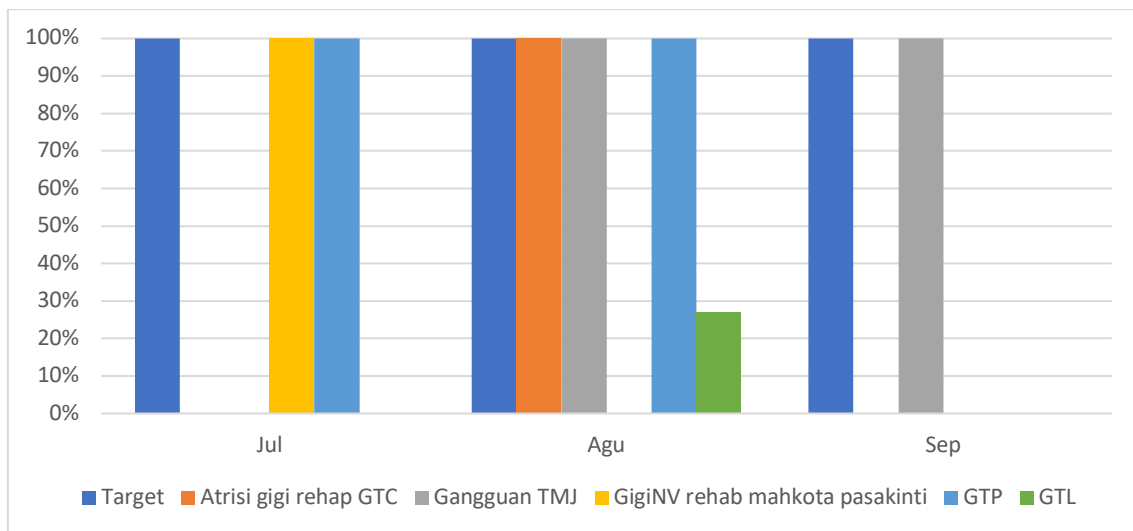
	Jul	Agu	Sep
Target	100%	100%	100%
2022	%	27%	%

**ANALISIS:**

- Grafik memperlihatkan hasil di bulan Agustus belum tercapai target. Bulan Juli dan September tidak terdapat kasusnya.

**RENCANA TINDAK LANJUT:**

- Upaya akan terus dilakukan dengan cara sosialisasi berkala, monitoring dan evaluasi untuk tercapai target 100%



**Klinik Periodonsia**

**a. Periodontitis grade C stage 3 – 4**

	Jul	Agu	Sep
Target	100%	100%	100%
2022	%	100%	100%

**ANALISIS:**

- Grafik memperlihatkan hasil telah tercapai target 100%

**RENCANA TINDAK LANJUT:**

- Upaya terus dilakukan untuk mempertahankan capaian target

**b. Gingivitis akut akibat plak**

	Jul	Agu	Sep
Target	100%	100%	100%
2022	%	100%	100%

**ANALISIS:**

- Grafik memperlihatkan hasil telah tercapai target 100%

**RENCANA TINDAK LANJUT:**

- Upaya terus dilakukan untuk mempertahankan capaian target

**c. Abses periodontal**

	Jul	Agu	Sep
Target	100%	100%	100%
2022	%	100%	100%

**ANALISIS:**

- Grafik memperlihatkan hasil telah tercapai target 100%

**RENCANA TINDAK LANJUT:**

- Upaya terus dilakukan untuk mempertahankan capaian target

**d. Hipersensitif dentin**

	Jul	Agu	Sep
Target	100%	100%	100%
2022	%	100%	100%

**ANALISIS:**

- Grafik memperlihatkan hasil telah tercapai target 100%

**RENCANA TINDAK LANJUT:**

- Upaya terus dilakukan untuk mempertahankan capaian target

**e. Periodontitis kronis ringan**

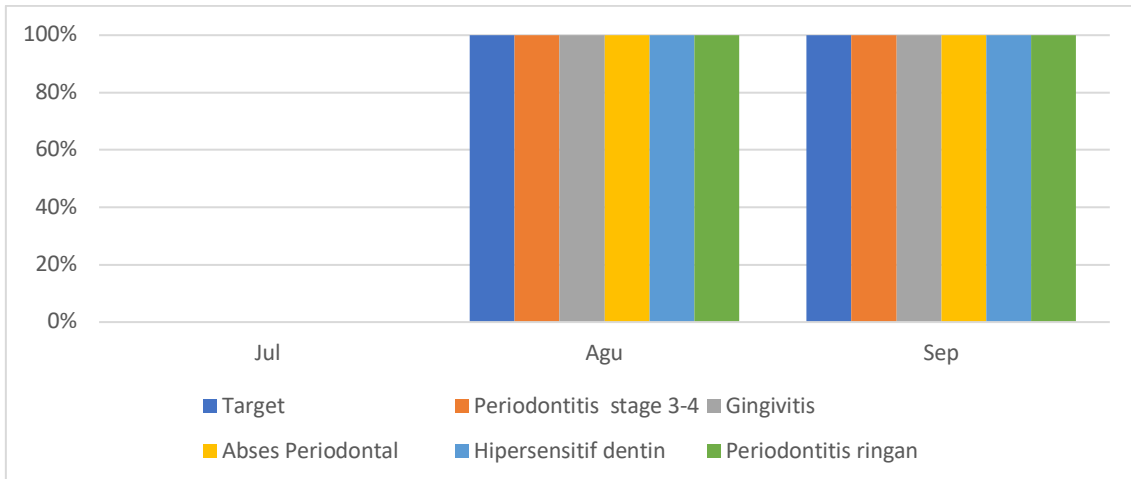
	Jul	Agu	Sep
Target	100%	100%	100%
2022	%	100%	100%

**ANALISIS:**

- Grafik memperlihatkan hasil telah tercapai target 100%

**RENCANA TINDAK LANJUT:**

- Upaya terus dilakukan untuk mempertahankan capaian target



## **Klinik Ortodonsia**

### **a. Kelainan fungsi dentofasial**

	Jul	Agu	Sep
Target	100%	100%	100%
2022	%	100%	100%

#### **ANALISIS:**

- Grafik memperlihatkan hasil telah tercapai target 100%

#### **RENCANA TINDAK LANJUT:**

- Upaya terus dilakukan untuk mempertahankan capaian target

### **b. Maloklusi kelas I kompleks (aktivasi alat orto cekat)**

	Jul	Agu	Sep
Target	100%	100%	100%
2022	%	100%	100%

#### **ANALISIS:**

- Grafik memperlihatkan hasil telah tercapai target 100%

#### **RENCANA TINDAK LANJUT:**

- Upaya terus dilakukan untuk mempertahankan capaian target

### **c. Maloklusi kelas I (Pemeriksaan awal dan pemasangan alat)**

	Jul	Agu	Sep
Target	100%	100%	100%
2022	%	100%	94%

#### **ANALISIS:**

- Grafik memperlihatkan hasil yang fluktuatif dan belum tercapai target 100%

#### **RENCANA TINDAK LANJUT:**

- Upaya akan terus dilakukan dengan cara sosialisasi berkala, monitoring dan evaluasi untuk tercapai target 100%

**d. Maloklusi kelas II (aktivasi alat orto cekat)**

	Jul	Agu	Sep
Target	100%	100%	100%
2022	%	98%	100%

**ANALISIS:**

- Grafik memperlihatkan hasil telah tercapai target 100%

**RENCANA TINDAK LANJUT:**

- Upaya terus dilakukan untuk mempertahankan capaian target

**e. Maloklusi kelas III (aktivasi alat orto cekat)**

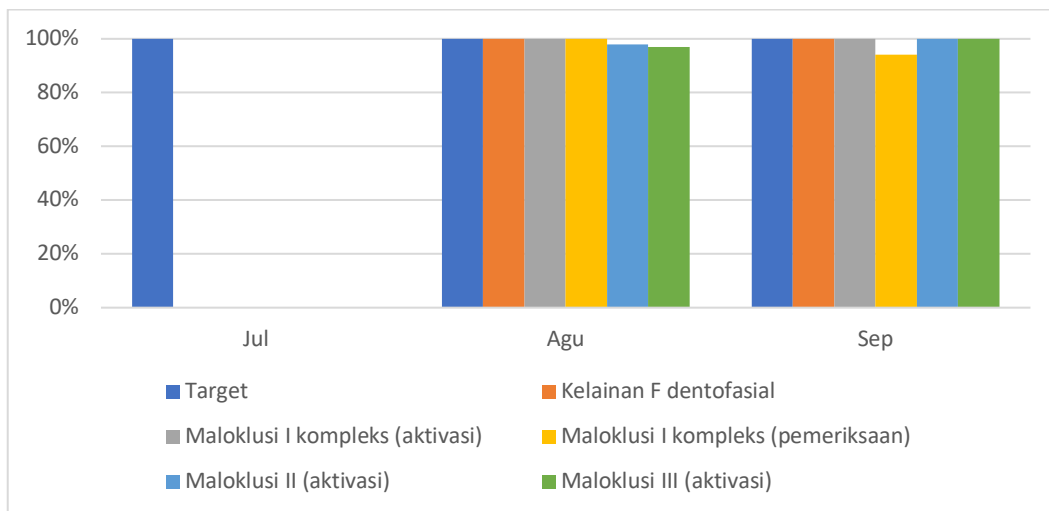
	Jul	Agu	Sep
Target	100%	100%	100%
2022	%	97%	100%

**ANALISIS:**

- Grafik memperlihatkan hasil telah tercapai target 100%

**RENCANA TINDAK LANJUT:**

- Upaya terus dilakukan untuk mempertahankan capaian target





### 13. Hasil Epidemiologi Pasien Herpes Simpleks tahun 2022

		Tahun	Jul	Agu	Sep
Profesi	B	2022	-	-	-
	L	2022	-	-	-
Unit IPM	B	2022	-	-	-
	L	2022	-	-	-
Klinik Eksekutif	B	2022	-	-	-
	L	2022	-	-	-

### 14. Pemantauan mutu indikator mutu pelayanan yang dikontrakkan

#### a. Kontrak Klinis

No	Nama Perusahaan	Judul Indikator	Tahun	Jul	Agu	Sep	Target	Kesimpulan
1.	RSCM Pelayanan Kesehatan dan Gizi	Kepatuhan waktu penyediaan makanan pasien ranap	2022	100%	100%	100%	100%	Sesuai standar
2.	PT. Prodia Widyahusada Tbk. Lab klinis	Pengambilan sampel < 2 jam	2022	100%	100%	100%	100%	Sesuai standar
3.	Palang Merah Indonesia (PMI) Transfusi darah	Ketersediaan darah sesuai golongan darah yang diminta	2022	-	-	-	100%	Tidak ada permintaan
4.	RSGM USAKTI Rujukan pelayanan Radiologi Kedokteran Gigi	Tidak ada kejadian tertukar hasil.	2022	-	-	-	100%	Tidak ada permintaan
5	PT. Unilever Indonesia Tbk Bulan Kesehatan Gigi Nasional	Kepatuhan penginputan data pasien BKG	2022	-	-	-	≥90%	Sesuai standar
6.	Pramita Laboratorium Rujukan pelayanan Radiologi Kedokteran Gigi	Tidak ada kejadian tertukar hasil	2022	-	-	-	100%	Tidak ada permintaan

#### b. Kontrak Manajemen

No	Nama Perusahaan	Judul Indikator	Tahun	Jul	Agu	Sep	Target	Kesimpulan
1.	PT. Rejeki Prima Anugerah Sewa alat Lab Klinik	Kepatuhan teknisi datang memperbaiki alat <24 jam	2022	-	-	-	100%	Tidak ada permintaan
2.	PT. Hiro Jaya Jasa Laundry	Tidak adanya kejadian linen hilang	2022	100%	100%	100%	100%	Sesuai standar
3.	PT. Jalan Hijau	Kepatuhan waktu pengangkutan limbah medis/ infeksius B3	2022	100%	100%	100%	100%	Sesuai standar
4.	SMK Muara Indonesia Praktek kerja industri	Kepatuhan waktu tenaga magang jam datang dan jam pulang sesuai dengan jam kerja	2022	-	-	-	100%	Tidak ada permintaan
5	PT. Calmic Indonesia Antiseptic dan penyegar ruangan	Kepatuhan waktu pengisian antiseptik dan penyegar ruangan	2022	100%	100%	100%	≥90%	Sesuai standar
6.	CV. Dhini Adi Selaras Jasa sewa mesin foto copy	Kepatuhan teknisi datang memperbaiki mesin < 24 jam	2022	100%	100%	100%	100%	Sesuai standar

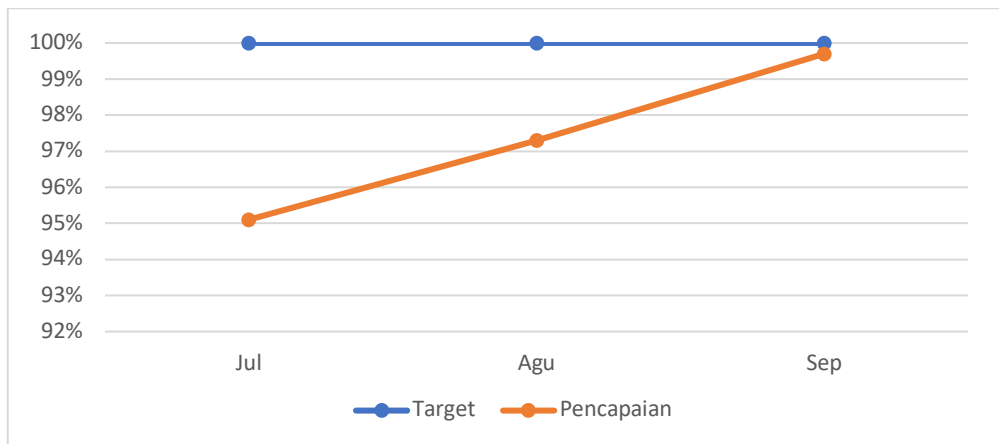
**BAB VI**  
**ANALISIS DATA MUTU PRIORITAS RS**

Hasil evaluasi penilaian indikator mutu prioritas area klinis, area manajemen dan area keselamatan pasien diperoleh uraian sebagai berikut:

**A. Indikator Mutu Prioritas RS**

**1. Angka ketepatan identifikasi pasien bedah mulut dan maksilofasial sebelum perawatan**

	Jul	Agu	Sep
Target	100%	100%	100%
2022	95,1%	97,3%	99,7%



**ANALISIS:**

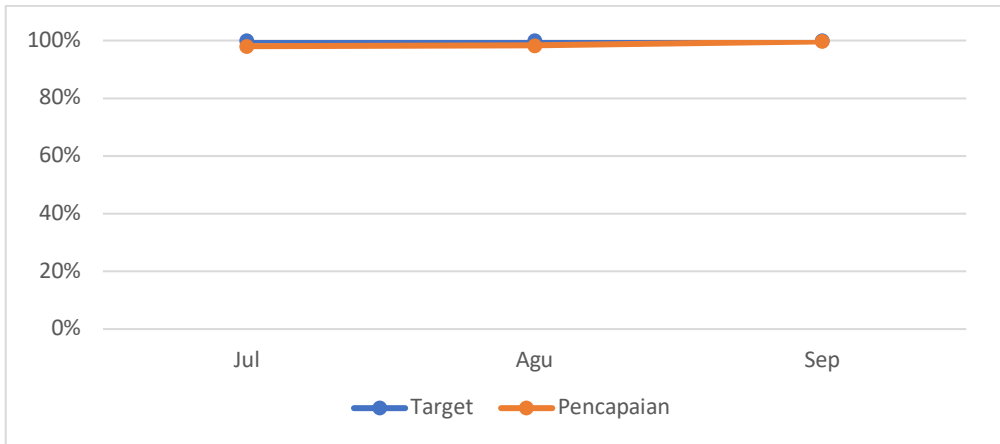
- Grafik memperlihatkan hasil yang fluktuatif dan belum tercapai target 100%. Hal ini disebabkan peserta didik di unit BMM belum bekerja sesuai SPO Ketepatan identifikasi pasien yang merupakan indikator keselamatan pasien, dan kurang pemahaman pentingnya identifikasi pasien sebelum tindakan

**RENCANA TINDAK LANJUT:**

- Pelatihan petugas unit-unit RS mengenai SPO indikator keselamatan pasien yang berhubungan dengan peningkatan mutu dan keselamatan pasien RS
- Upaya akan terus dilakukan dengan cara sosialisasi berkala, monitoring dan evaluasi agar hasil tercapai target 100%

**2. Ketepatan pengisian CPPT (Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi) oleh DPJP di unit bedah mulut dan maksilofasial**

	Jul	Ags	Sep
Target	100%	100%	100%
2022	98,04%	98,3%	99,7%



**ANALISIS:**

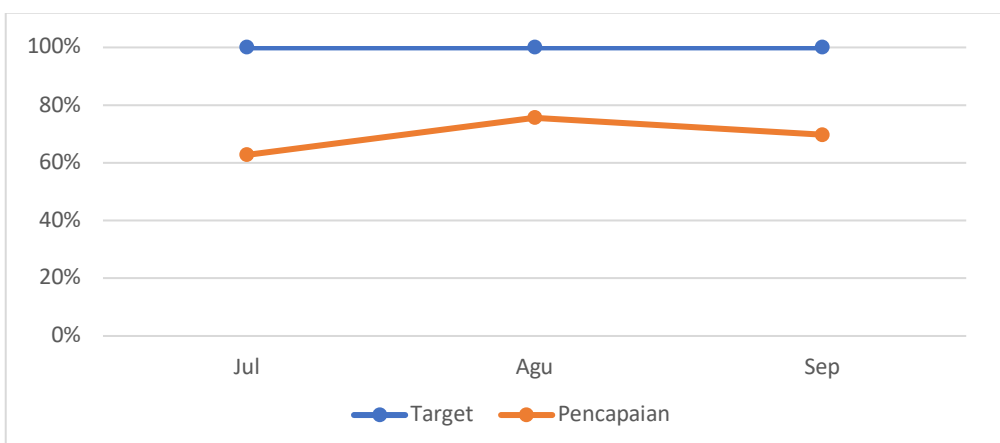
- Grafik memperlihatkan tren positif, namun belum tercapai target 100%. Hal ini disebabkan PPA dan peserta didik unit BMM belum bekerja sesuai SPO indikator keselamatan pasien yaitu peningkatan komunikasi yang efektif antar PPA secara tertulis dalam CPPT e-RM

**RENCANA TINDAK LANJUT:**

- Pelatihan PPA dan peserta didik di unit-unit RS mengenai SPO indikator keselamatan pasien yaitu peningkatan komunikasi yang efektif antar PPA secara tertulis dalam CPPT e-RM
- Upaya akan terus dilakukan dengan cara sosialisasi berkala, monitoring dan evaluasi agar hasil tercapai target 100%

**3. Kelengkapan penandaan label obat anestesi lokal di unit bedah mulut dan maksilofasial**

	Jul	Ags	Sep
Target	100%	100%	100%
2022	62,75%	75,6%	69,7%



**ANALISIS:**

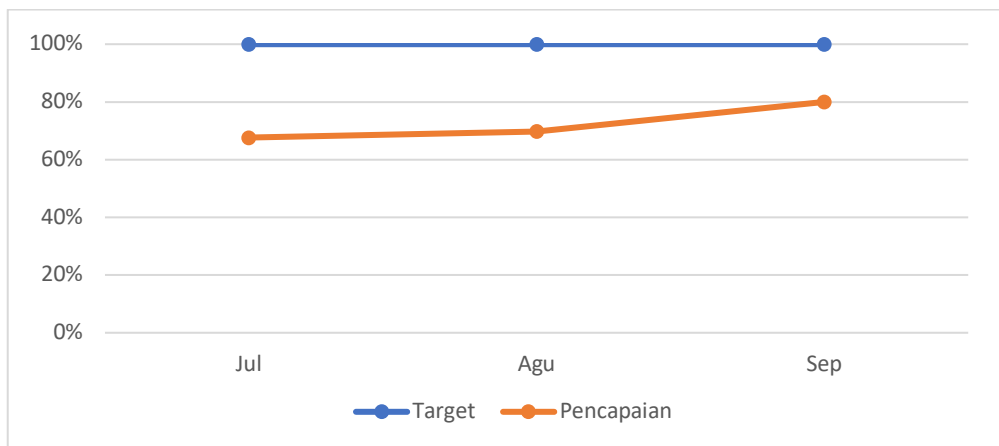
- Grafik memperlihatkan hasil yang fluktuatif dan belum tercapai target 100%. Hal ini disebabkan petugas unit BMM dan unit farmasi belum bekerja sesuai SPO peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai/ *high alert*

**RENCANA TINDAK LANJUT:**

- Pelatihan petugas unit-unit RS mengenai SPO yang berhubungan dengan tatalaksana keamanan obat yang perlu diwaspadai
- Upaya akan terus dilakukan dengan cara sosialisasi berkala, monitoring dan evaluasi agar hasil tercapai target 100%

**4. Kelengkapan penandaan *site marking* odontogram sebelum Tindakan di unit bedah mulut dan maksilofasial**

	Jul	Ags	Sep
Target	100%	100%	100%
2022	67,65%	69,8%	80%



**ANALISIS:**

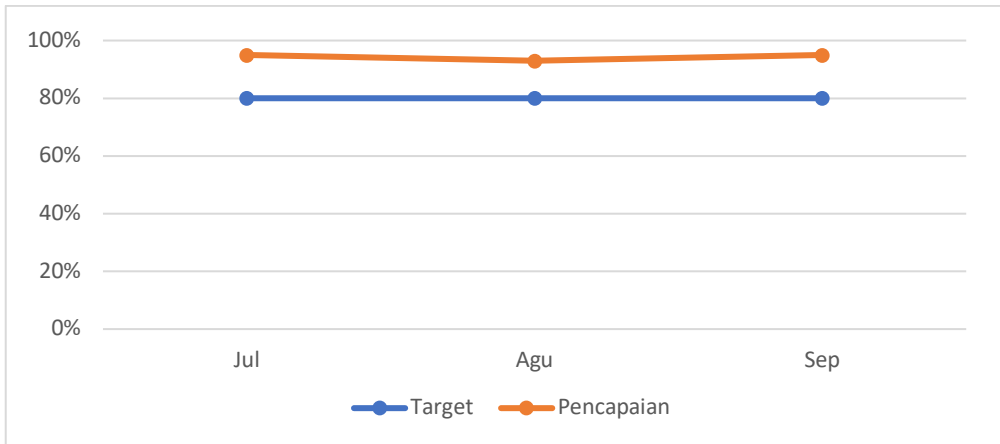
- Grafik memperlihatkan tren positif namun belum tercapai target 100%. Hal ini disebabkan peserta didik tidak patuh SPO indikator keselamatan pasien, serta pengawasan dpjp yang belum optimal

**RENCANA TINDAK LANJUT:**

- Peserta didik mengikuti pelatihan SPO indikator keselamatan pasien dan mutu RS
- DPJP melakukan pengawasan layanan pasien di unit dan pengisian. e-RM
- Upaya akan terus dilakukan dengan cara sosialisasi berkala, monitoring dan evaluasi agar hasil tercapai target 100%

**5. Kepatuhan cuci tangan oleh DPJP, perawata, nakes lainnya dan peserta didik di Unit Bedah Mulut dan Maksilofasial**

	Jul	Ags	Sep
Target	≥80%	≥80%	≥80%
2022	95%	93%	95%



**ANALISIS:**

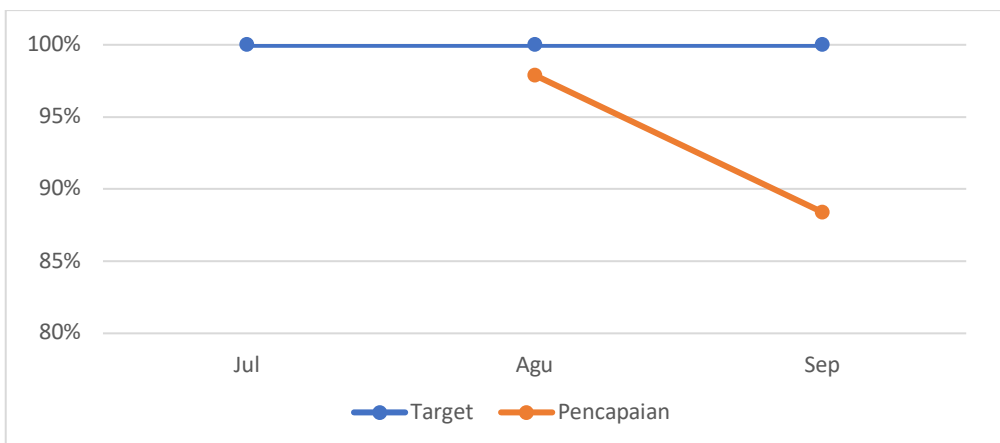
- Grafik memperlihatkan hasil telah tercapai target  $\geq 80\%$ . Hal ini disebabkan PPA di BMM dan RS telah sadar dan patuh melaksanakan program pencegahan dan pengendalian infeksi (PPI)

**RENCANA TINDAK LANJUT:**

- Upaya monitoring dan evaluasi akan terus dilakukan agar target tetap tercapai

**6. Terpasangnya pita kuning pada pasien risiko jatuh di unit bedah mulut dan maksilofasial**

	Jul	Ags	Sep
Target	100%	100%	100%
2022	%	97,9%	88,4%



**ANALISIS:**

- Grafik memperlihatkan tren negatif dan belum tercapai target 100%. Hal ini disebabkan skrening pasien dari pendaftaran sampai unit layanan tidak optimal. PPA belum bekerja sesuai SPO

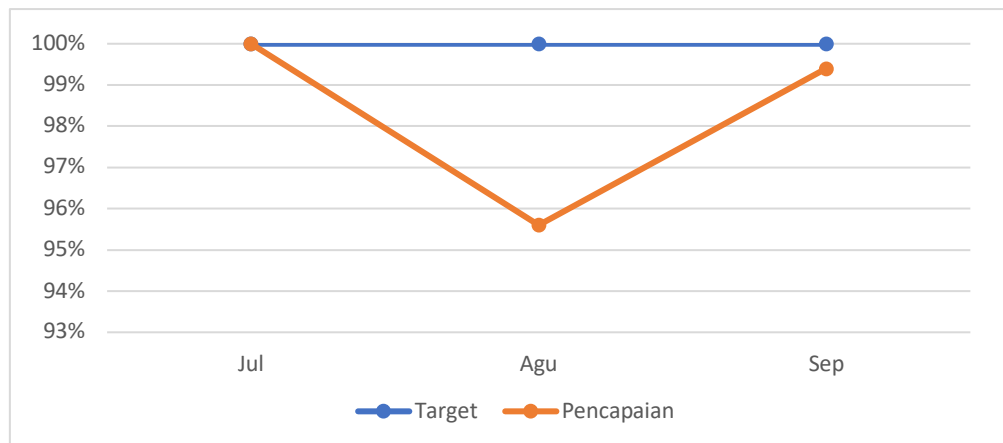
**RENCANA TINDAK LANJUT:**

- Pelatihan PPA SPO yang berhubungan dengan tatalaksana penerimaan pasien RS

- Upaya akan terus dilakukan dengan cara sosialisasi berkala, monitoring dan evaluasi agar hasil tercapai target 100%

**7. Angka kelengkapan asesmen awal medis pasien Unit Bedah Mulut dan Maksilofasial**

	Jul	Ags	Sep
Target	100%	100%	100%
2022	100%	95,6%	99,4%



**ANALISIS:**

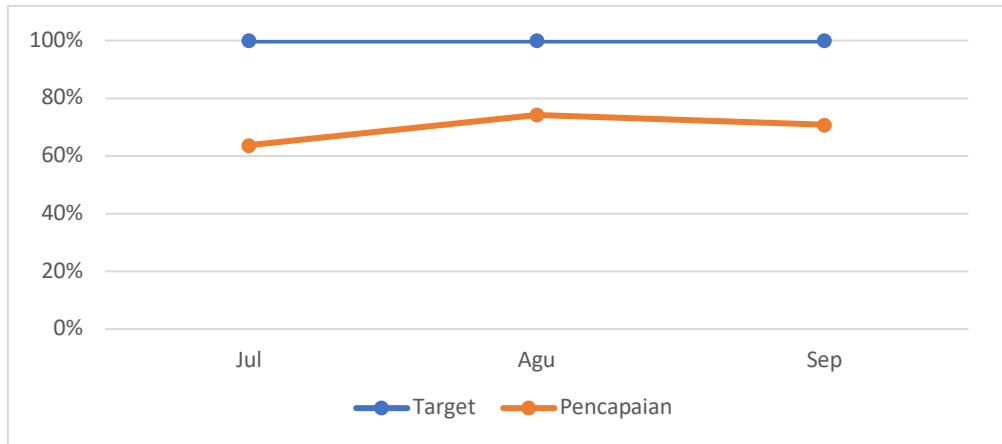
- Grafik memperlihatkan hasil yang fluktuatif dan belum tercapai target 100%. Hal ini disebabkan peserta didik tidak patuh untuk segera mengisi e-RM, pengawasan dpjp belum optimal, terapis/ petugas unit tidak memantau pengisian e-RM pasien, dan PPA belum bekerja sesuai SPO

**RENCANA TINDAK LANJUT:**

- Pelatihan pengisian e-RM kepada DPJP, peserta didik, terapis dan PPA lain secara berkesinambungan
- Upaya akan terus dilakukan dengan cara sosialisasi berkala, monitoring dan evaluasi agar hasil tercapai target 100%

**8. Terpenuhinya pengadaan bahan anestesi lokal pada Unit Bedah Mulut dan Maksilofasial**

	Jul	Ags	Sep
Target	100%	100%	100%
2022	63,73%	74,2%	70,8%



**ANALISIS:**

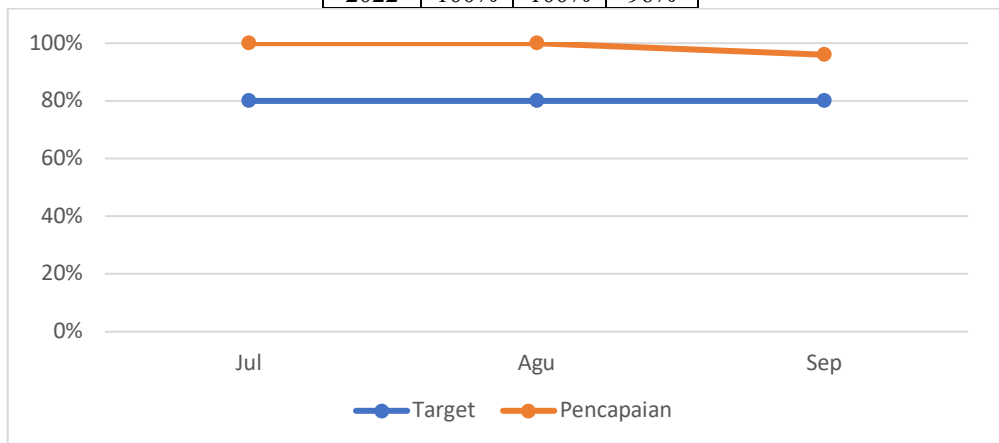
- Grafik memperlihatkan hasil yang fluktuatif dengan tren negatif dan belum tercapai target 100%. Hal ini disebabkan pemberian bahan anestesi oleh unit farmasi tidak terpenuhi sesuai permintaan unit BMM

**RENCANA TINDAK LANJUT:**

- Pelatihan SDM unit untuk peningkatan komunikasi antar unit dan antar PPA
- Upaya akan terus dilakukan dengan cara sosialisasi berkala, monitoring dan evaluasi agar dapat tercapai target 100%

**9. Kecepatan waktu menanggapi dan memperbaiki kerusakan alat di Unit Bedah Mulut dan Maksilofasial**

	Jul	Ags	Sep
Target	≥80%	≥80%	≥80%
2022	100%	100%	96%



**ANALISIS:**

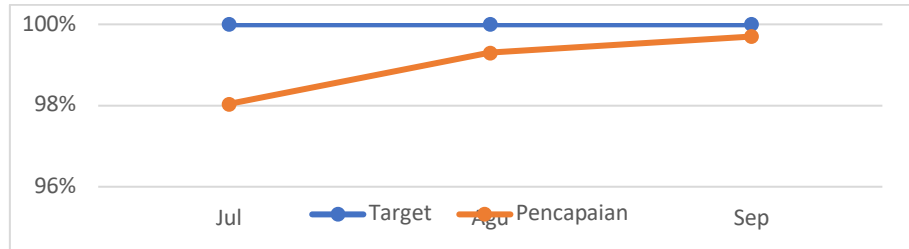
- Grafik memperlihatkan hasil Juli sd September 2022 telah tercapai target ≥80%

**RENCANA TINDAK LANJUT:**

- Upaya akan terus dilakukan dengan cara monitoring dan evaluasi untuk mempertahankan capaian sesuai target

**10. Angka ketepatan pengisian elektronik rekam medis rawat jalan dalam 24 jam**

	Jul	Ags	Sep
Target	100%	100%	100%
2022	98,04%	99,3%	99,7%



**ANALISIS:**

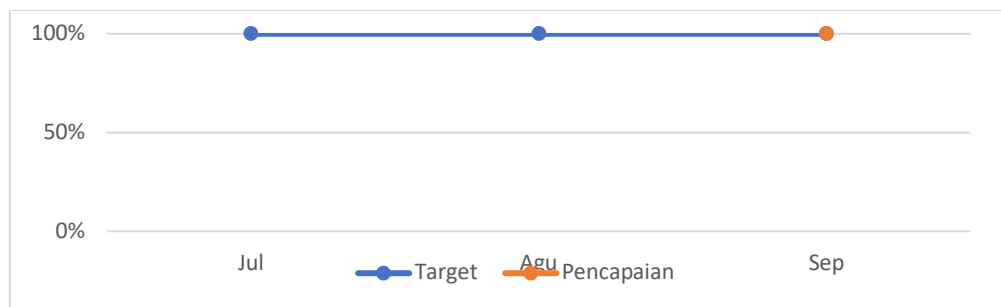
- Grafik memperlihatkan tren yang positif namun belum tercapai target 100%. Hal ini disebabkan peserta didik tidak patuh untuk segera mengisi e-RM, pengawasan dpjp belum optimal, terapis/ petugas unit tidak memantau pengisian e-RM pasien, dan PPA belum bekerja sesuai SPO

**RENCANA TINDAK LANJUT:**

- Pelatihan pengisian e-RM kepada DPJP, peserta didik, terapis dan PPA lain secara berkesinambungan
- Upaya akan terus dilakukan dengan cara sosialisasi berkala, monitoring dan evaluasi agar hasil tercapai target 100%

**11. Penerbitan surat ijin penelitian di RSKGM dalam 2 minggu**

	Jul	Ags	Sep
Target	100%	100%	100%
2022	%	%	100%



**ANALISIS:**

- Grafik memperlihatkan hasil yang telah tercapai target di bulan September 2022. Bulan Juli dan Agustus tidak ada pengajuan ijin penelitian ke unit BMM

**RENCANA TINDAK LANJUT:**

- Upaya akan terus dilakukan dengan cara monitoring dan evaluasi untuk mempertahankan capaian target 100%



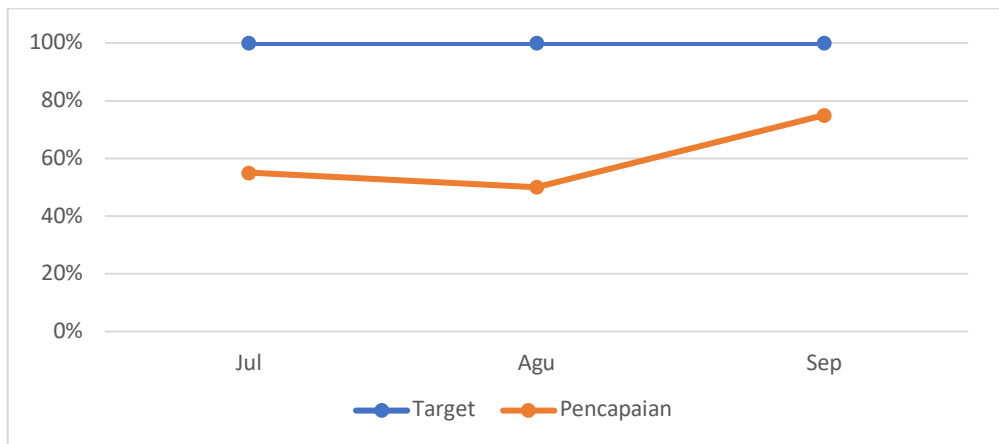
**BAB VII**  
**ANALISIS DATA MUTU PRIORITAS UNIT**

Sampai Desember 2020 masih ada unit yang belum melakukan layanan seperti unit OK, Ranap, HCU dsb. Hasil evaluasi penilaian indikator mutu unit diperoleh uraian sebagai berikut:

**1. Instalasi Gawat Darurat**

**Kelengkapan penilaian triase dan asesmen IGD gigi dan mulut**

	Jul	Agu	Sep
Target	100%	100%	100%
2022	55%	50%	75%



**ANALISIS:**

- Grafik memperlihatkan hasil yang fluktuatif dari Juli sd September 2022 dan hasil belum tercapai target 100%. Hal ini disebabkan pelatihan untuk PPA masih kurang.

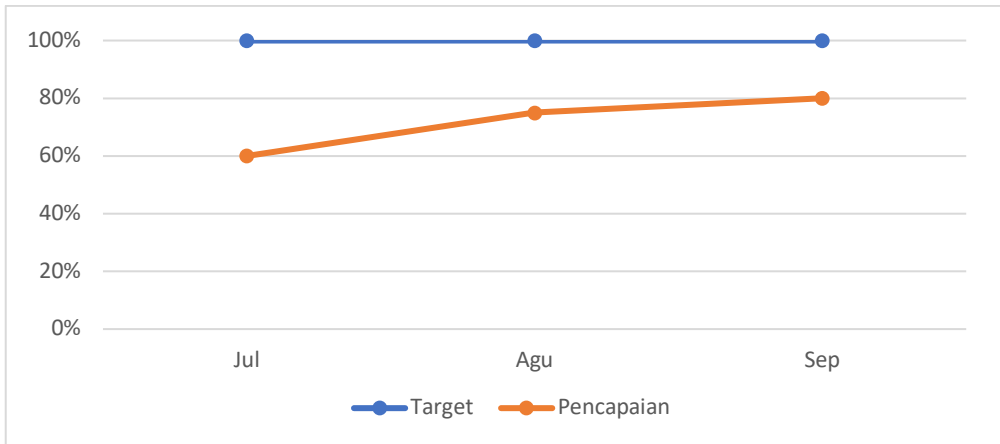
**RENCANA TINDAK LANJUT:**

- Upaya akan terus dilakukan dengan cara sosialisasi berkala, monitoring dan evaluasi agar capaian target 100%
- Pelatihan PPA di unit IGD secara berkesinambungan

**2. Unit Klinik Eksekutif**

**Kelengkapan asesmen**

	Jul	Agu	Sep
Target	100%	100%	100%
2022	60%	75%	80%



**ANALISIS:**

- Grafik memperlihatkan tren positif namun hasil belum tercapai target 100%. Hal ini disebabkan banyaknya pasien saat dpjp bertugas, dpjp belum menguasai sistem e-RM, terapis lupa mengingatkan dpjp untuk mengisi e-RM pasien, dan PPA belum bekerja sesuai SPO

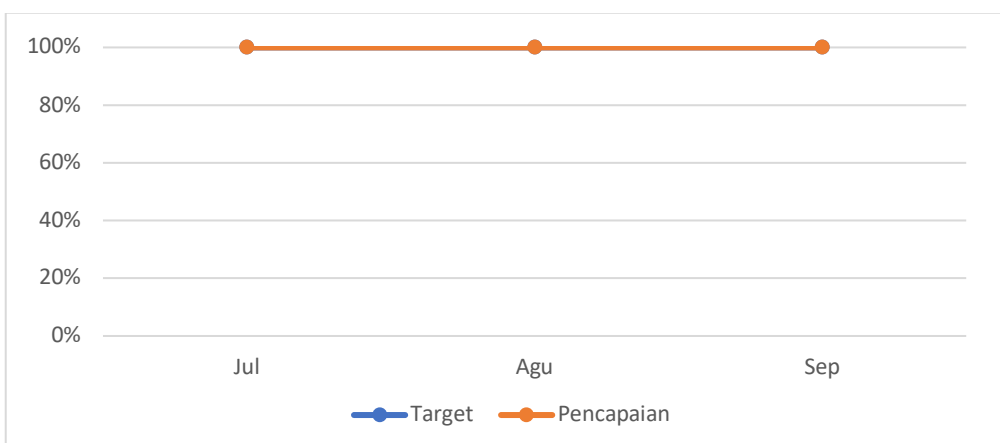
**RENCANA TINDAK LANJUT:**

- Pelatihan pengisian e-RM kepada DPJP, terapis dan PPA lain secara berkesinambungan
- Upaya akan terus dilakukan dengan cara sosialisasi berkala, monitoring dan evaluasi untuk mempertahankan capaian target 100%

**3. Unit Konservasi Gigi**

**Ketepatan Teknik irigasi menggunakan NaOCl 2,5% sehingga tidak menyebabkan nyeri**

	Jul	Agu	Sep
Target	100%	100%	100%
2022	100%	100%	100%



**ANALISIS:**

- Grafik memperlihatkan hasil yang telah tercapai target. Peserta didik telah bekerja sesuai SPO, sarana tersedia dan pengawasan-pemantauan DPJP

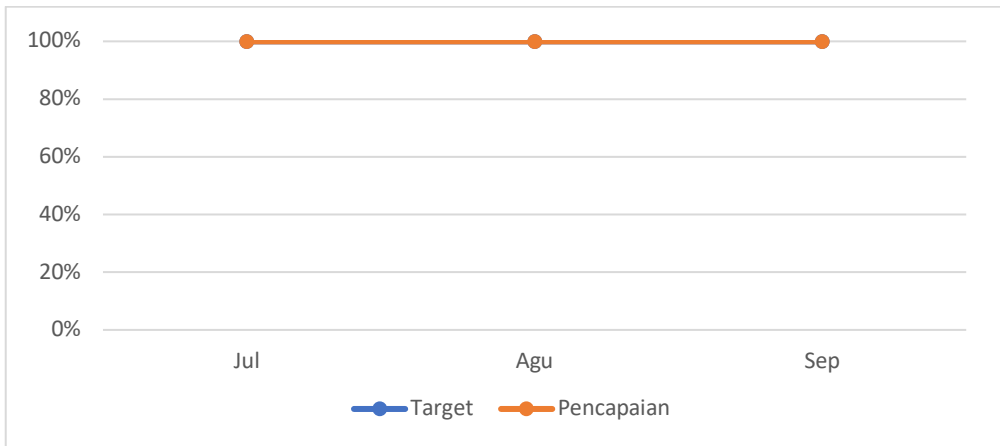
**RENCANA TINDAK LANJUT:**

- Upaya akan terus dilakukan dengan cara monitoring dan evaluasi untuk mempertahankan capaian target 100%

**4. Unit Rawat Inap**

**Kepatuhan pelaksanaan komunikasi efektif dengan metode SBAR dan TBK secara benar**

	Jul	Agu	Sep
Target	100%	100%	100%
2022	100%	100%	100%



**ANALISIS:**

- Grafik memperlihatkan hasil yang telah tercapai target. PPA yang terlibat telah bekerja sesuai SPO

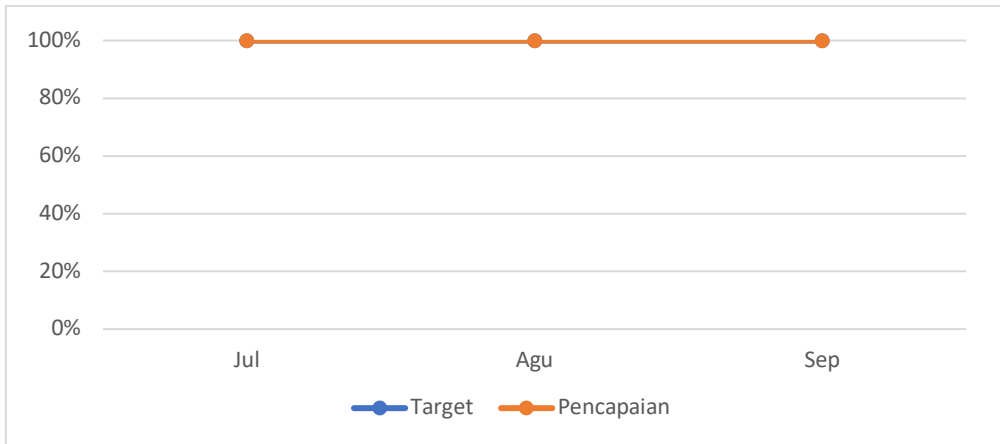
**RENCANA TINDAK LANJUT:**

- Upaya akan terus dilakukan dengan cara monitoring dan evaluasi untuk mempertahankan capaian target 100%

**5. Unit Bedah Sentral/OK**

**Waktu tunggu operasi elektif  $\leq 2$  hari**

	Jul	Agu	Sep
Target	100%	100%	100%
2022	100%	100%	100%



**ANALISIS:**

- Grafik memperlihatkan hasil yang telah tercapai target. PPA yang terlibat telah bekerja sesuai SPO

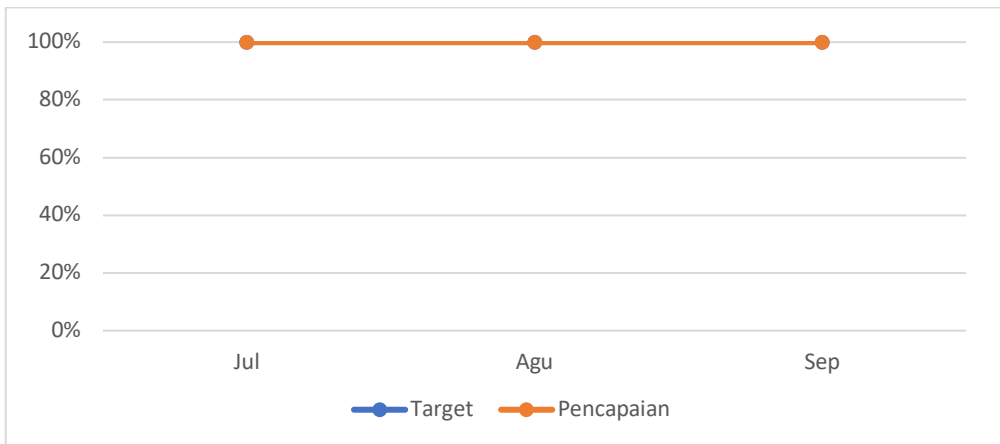
**RENCANA TINDAK LANJUT:**

- Upaya akan terus dilakukan dengan cara monitoring dan evaluasi untuk mempertahankan capaian target 100%

**6. Unit Ilmu Kedokteran Gigi Anak**

**Kelengkapan pemeriksaan gigi dan mulut anak selama dan pasca pandemi covid-19**

	Agu	Sep	Okt
Target	100%	100%	100%
2022	100%	100%	100%



**ANALISIS:**

- Grafik memperlihatkan hasil yang telah tercapai target. DPJP, peserta didik dan PPA lain telah bekerja sesuai SPO

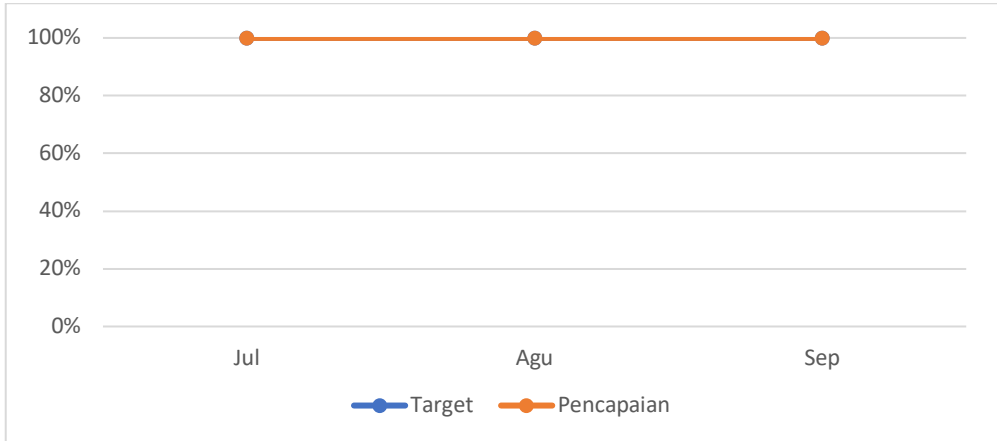
**RENCANA TINDAK LANJUT:**

- Upaya akan terus dilakukan dengan cara monitoring dan evaluasi untuk mempertahankan capaian target 100%

**7. Unit Prostodonsia**

**Ketersediaan DPJP utama untuk pasien prostodonsia yang mendapatkan pelayanan di minimal 2 unit**

	Jul	Agu	Sep
Target	100%	100%	100%
2022	100%	100%	100%



**ANALISIS:**

- Grafik memperlihatkan hasil yang telah tercapai target. Sistem kerjasama antar unit/ rujukan telah berjalan dengan baik, dpjp dan PPDGS bekerja sesuai SPO

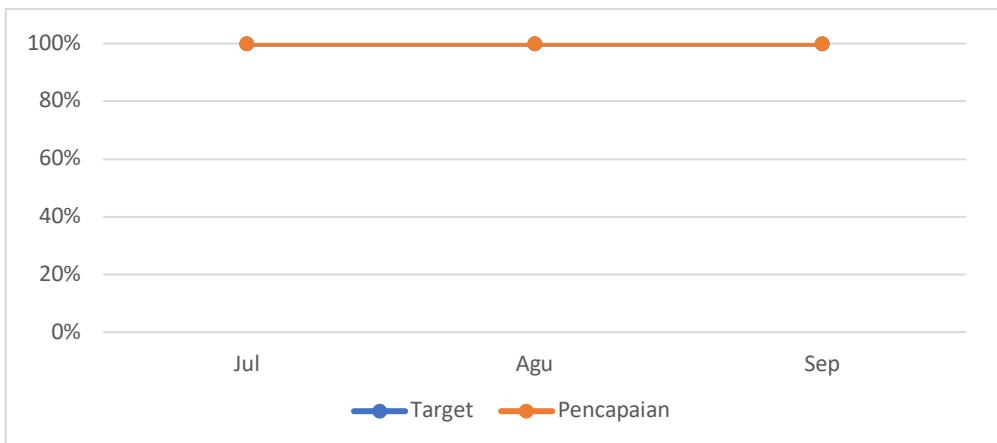
**RENCANA TINDAK LANJUT:**

- Upaya akan terus dilakukan dengan cara monitoring dan evaluasi untuk mempertahankan capaian target 100%

**8. Unit Geriatri**

**Kepatuhan pengisian 2 kuesioner asesmen geriatri tentang *activity of daily living* (ADL) dan *mini-cog, clock drawing test* pada kunjungan 1**

	Jul	Agu	Sep
Target	100%	100%	100%
2022	100%	100%	100%



**ANALISIS:**

- Grafik memperlihatkan hasil yang telah tercapai target. Sarana yang lengkap dan jumlah pasien Geriatri yang diterapi masih sesuai kapasitas sarpras dan profesionalisme SDM sesuai standar

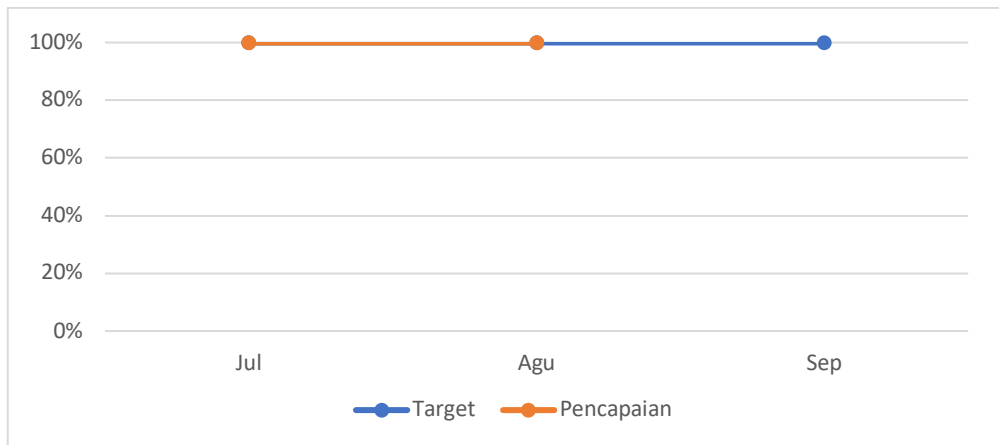
**RENCANA TINDAK LANJUT:**

- Upaya akan terus dilakukan dengan cara monitoring dan evaluasi untuk mempertahankan capaian target 100%

**9. Unit Ilmu Penyakit Mulut**

**Waktu penanganan pasien di unit  $\leq 75$  menit**

	Jul	Agu	Sep
Target	100%	100%	100%
2022	100%	100%	%



**ANALISIS:**

- Grafik memperlihatkan hasil yang telah tercapai target. Bulan September tidak ada pasien baru di unit IPM.

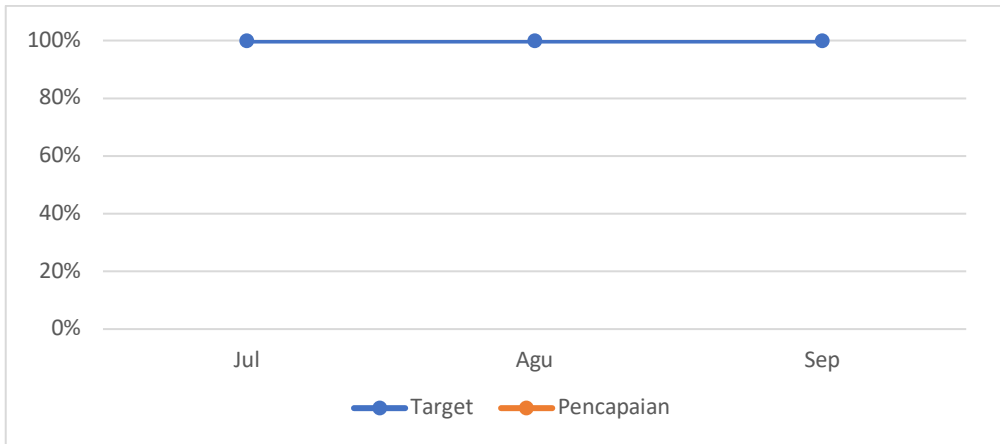
**RENCANA TINDAK LANJUT:**

- Upaya akan terus dilakukan dengan cara monitoring dan evaluasi untuk mempertahankan capaian target 100%

**10. Unit HIV dan Penyakit Menular**

**Kepatuhan prosedur awal *reuse instrument* terpakai di unit**

	Jul	Agu	Sep
Target	100%	100%	100%
2022	%	%	%



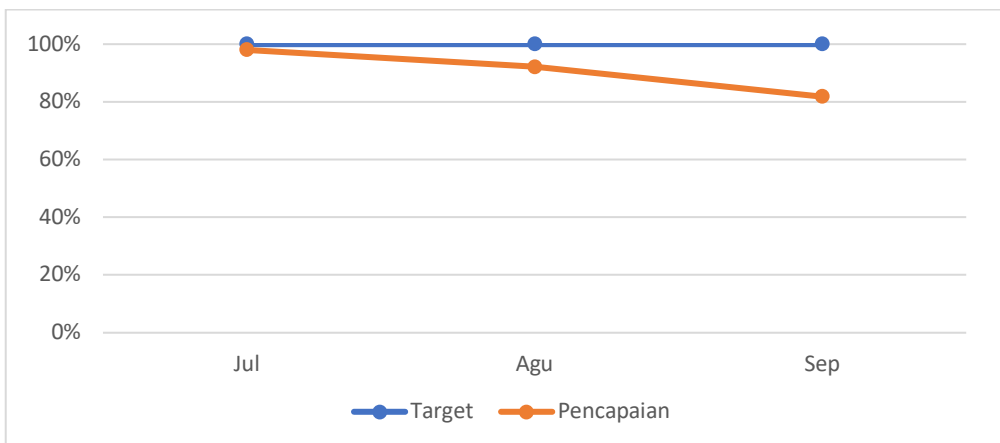
**ANALISIS:**

- Bulan Juli sd September 2022 tidak ada pasien HIV yang datang untuk layanan gigi

**11. Unit Periodonsia**

**Screening ulang penyakit sistemik**

	Jul	Agu	Sep
Target	100%	100%	100%
2022	98%	92,1%	81,8%



**ANALISIS:**

- Grafik memperlihatkan tren yang negatif dan belum tercapai target 100%. Hal ini disebabkan oleh kurangnya kepatuhan dpjp dan peserta didik mengisi CPPT di e-RM. Hal ini juga disebabkan oleh kurangnya sosialisasi SPO pengisian CPPT di e-RM.

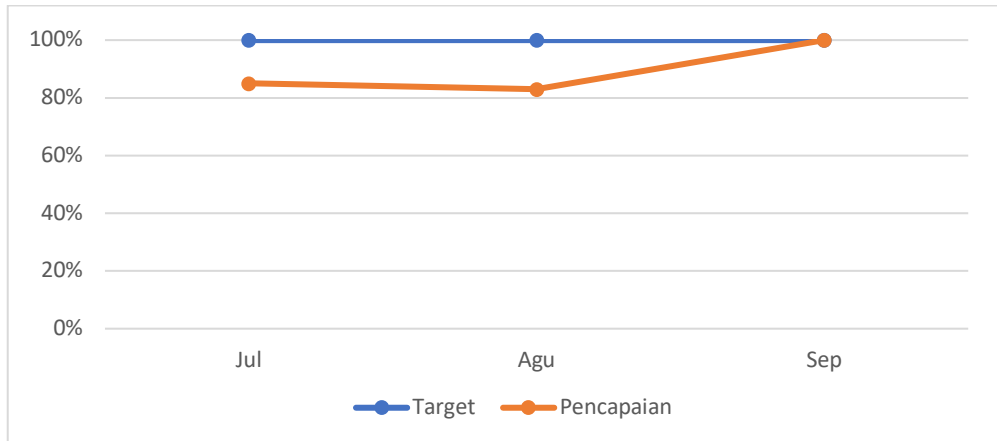
**RENCANA TINDAK LANJUT:**

- Upaya akan terus dilakukan dengan cara sosialisasi berkala, monitoring dan evaluasi untuk tercapai target 100%

## 12. Unit Ortodonsia

Waktu tunggu pasien baru untuk asesmen awal sampai penegakkan diagnosis dan rencana perawatan kurang dari 1 bulan

	Jul	Agu	Sep
Target	100%	100%	100%
2022	85%	83%	100%



### ANALISIS:

- Grafik memperlihatkan hasil yang telah tercapai target.

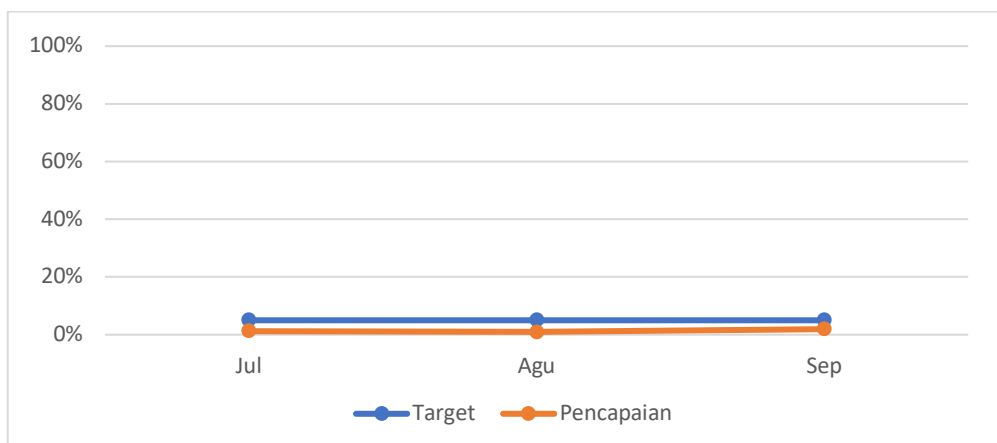
### RENCANA TINDAK LANJUT:

- Upaya akan terus dilakukan dengan cara monitoring dan evaluasi untuk mempertahankan capaian target 100%

## 13. Unit Radiologi

Kejadian kegagalan hasil pemeriksaan radiograf

	Jul	Agu	Sep
Target	<5%	<5%	<5%
2022	1,23%	1%	1,92%





**ANALISIS:**

- Berdasarkan grafik evaluasi kejadian kegagalan hasil pemeriksaan radiograf di unit radiologi bulan Juli – September 2022 menunjukkan bahwa tingkat kegagalan yang terjadi tercapai target.

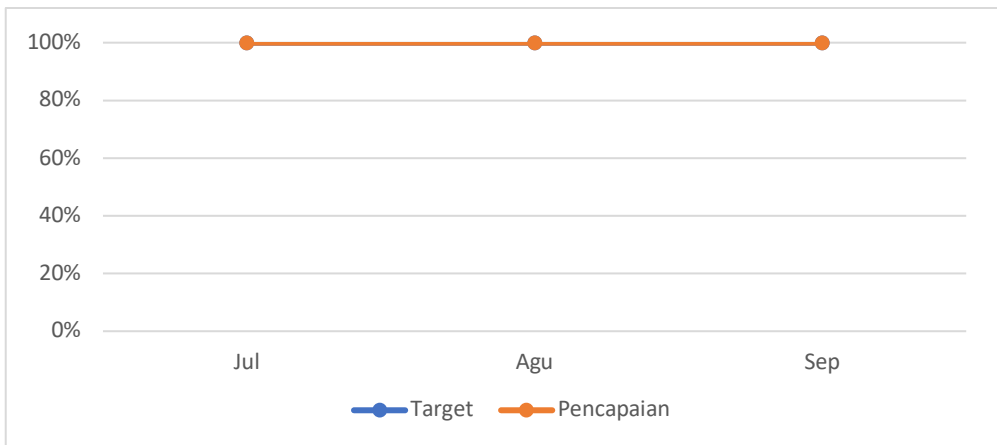
**RENCANA TINDAK LANJUT:**

- Monitoring dan evaluasi rutin pengulangan pemeriksaan radiologi untuk meningkatkan pencapaian target.
- Pelatihan SDM secara berkesinambungan

**14. Unit Integrasi**

**Kepatuhan komunikasi efektif: instruksi pasca tindakan**

	Jul	Agu	Sep
Target	100%	100%	100%
2022	100%	100%	100%



**ANALISIS:**

- Grafik memperlihatkan hasil yang telah tercapai target 100%

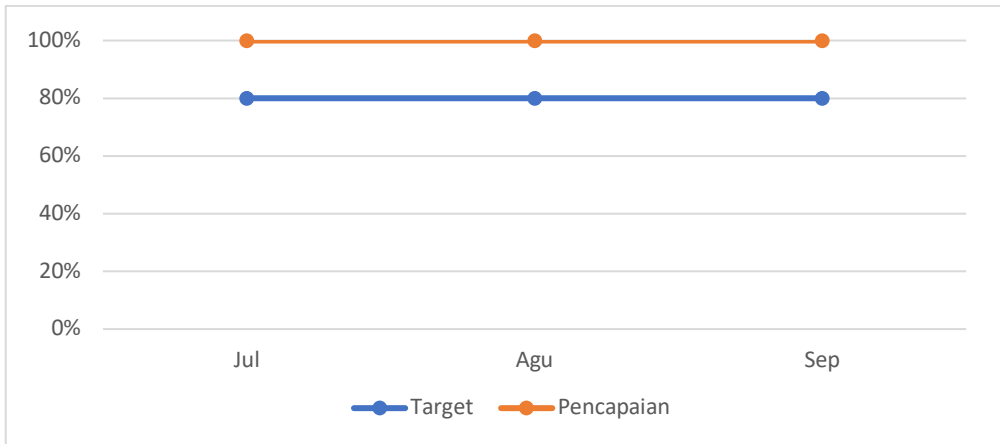
**RENCANA TINDAK LANJUT:**

- Upaya akan terus dilakukan dengan cara sosialisasi berkala, monitoring dan evaluasi untuk mempertahankan capaian target 100%

**15. Unit Oral Diagnostik**

**Kelengkapan asesmen awal keperawatan**

	Jul	Agu	Sep
Target	≥80%	≥80%	≥80%
2022	100%	100%	100%



**ANALISIS:**

- Grafik memperlihatkan hasil yang telah tercapai target. Perawat yang profesional dan jumlah pasien yang masih sesuai tenaga perawat

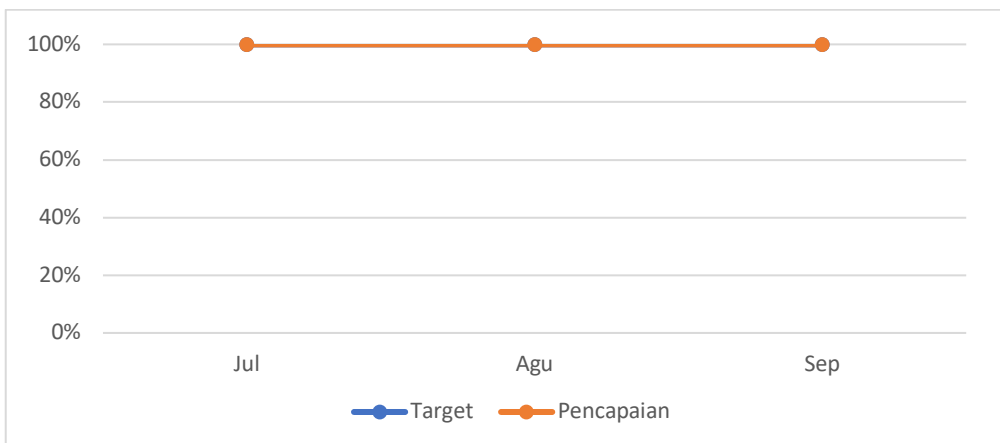
**RENCANA TINDAK LANJUT:**

- Upaya akan terus dilakukan dengan cara monitoring dan evaluasi untuk mempertahankan capaian target 100%

**16. Unit Laboratorium Klinik**

**Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksa laboratorium**

	Jul	Agu	Sep
Target	100%	100%	100%
2022	100%	100%	100%



**ANALISIS:**

- Grafik memperlihatkan hasil yang telah tercapai target. SDM yang profesional dan jumlah pasien yang masih sesuai tenaga laboran/ SDM

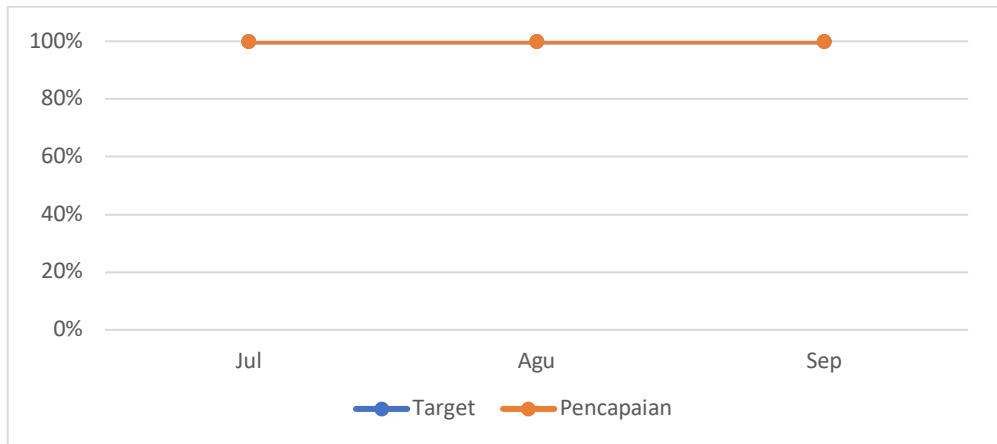
**RENCANA TINDAK LANJUT:**

- Upaya akan terus dilakukan dengan cara monitoring dan evaluasi untuk mempertahankan capaian target 100%

## 17. Unit Farmasi

### Penulisan resep sesuai dengan telaah resep

	Jul	Agu	Sep
Target	100%	100%	100%
2022	100%	100%	100%



#### ANALISIS:

- Grafik memperlihatkan hasil yang telah tercapai target

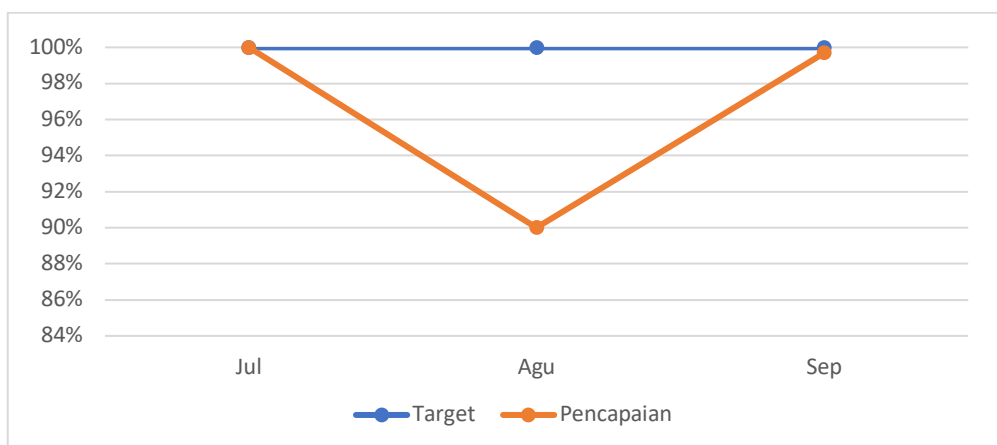
#### RENCANA TINDAK LANJUT:

- Upaya akan terus dilakukan dengan cara monitoring dan evaluasi untuk mempertahankan capaian target 100%

## 18. Unit Rekam Medik

### Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah pelayanan

	Jul	Agu	Sep
Target	100%	100%	100%
2022	100%	90%	99,7%



#### ANALISIS:

- Grafik memperlihatkan hasil yang fluktuatif dan belum tercapai target 100%. Hal ini disebabkan oleh kurangnya kelengkapan sarana penunjang, kepatuhan dpjp/ PPA mengisi CPPT di e-RM dan kurang memahami sistem digitalisasi RM.

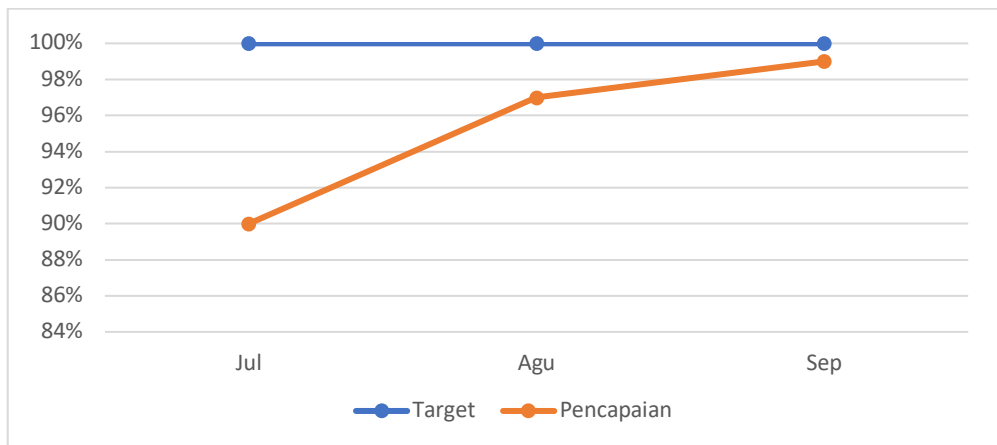
**RENCANA TINDAK LANJUT:**

- Upaya akan terus dilakukan dengan cara sosialisasi berkala, monitoring dan evaluasi untuk tercapai target 100%

**19. Unit CSSD-Laundry**

**Tidak ada kesalahan pada proses *packing* dan *labeling* alat steril**

	Jul	Agu	Sep
Target	100%	100%	100%
2022	90%	97%	99%



**ANALISIS:**

- Grafik memperlihatkan tren positif namun belum tercapai target 100%. Hal ini disebabkan oleh kurangnya kelengkapan sarana penunjang dan kepatuhan petugas bekerja sesuai SPO

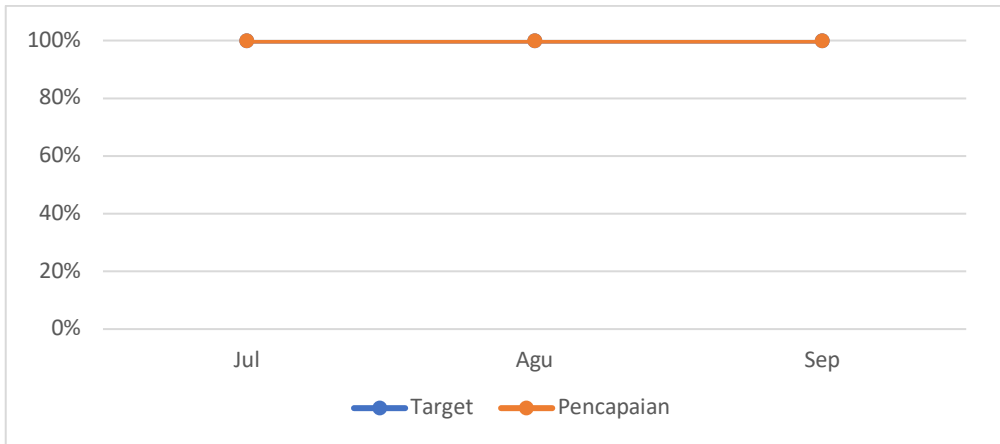
**RENCANA TINDAK LANJUT:**

- Upaya akan terus dilakukan dengan cara sosialisasi berkala, monitoring dan evaluasi untuk mencapai target 100%
- Pelatihan SDM secara berkesinambungan

**20. Unit Administrasi dan Manajemen**

**Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai kesepakatan waktu**

	Jul	Agu	Sep
Target	100%	100%	100%
2022	100%	100%	100%



**ANALISIS:**

- Grafik memperlihatkan hasil yang telah tercapai target

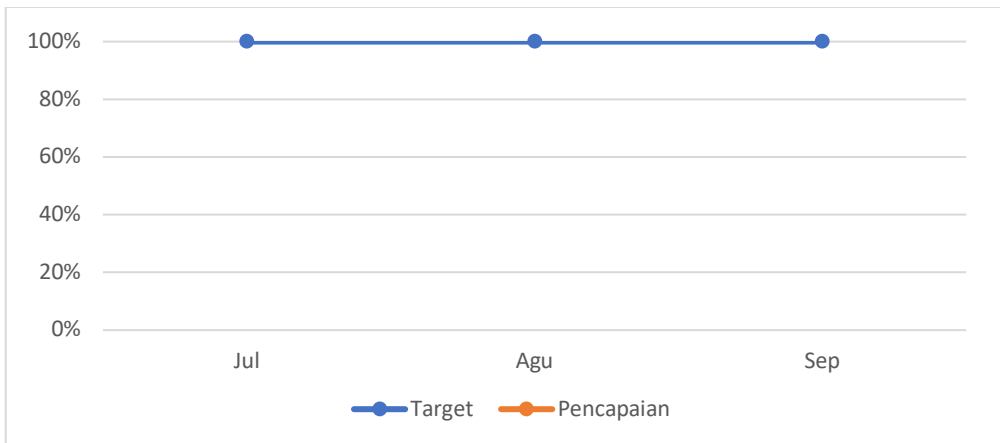
**RENCANA TINDAK LANJUT:**

- Upaya akan terus dilakukan dengan cara monitoring dan evaluasi untuk mempertahankan capaian target 100%

**21. Unit Ambulance/ Kereta Jenazah**

**Waktu pelayanan ambulance/ kereta jenazah 24 jam**

	Jul	Agu	Sep
Target	100%	100%	100%
2022	%	%	%



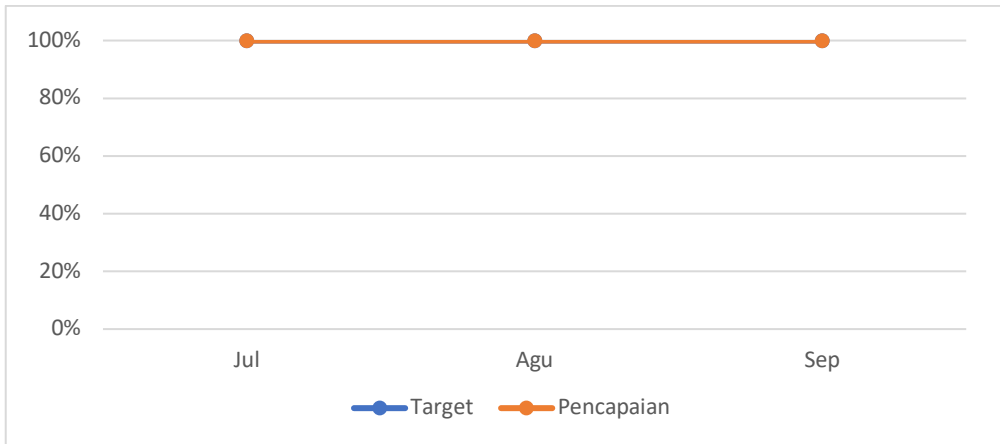
**ANALISIS:**

- Ambulance siap dalam tujuh hari dan 24 jam. Pada bulan Juli sd September 2022 tidak ada permintaan atau kebutuhan pemakaian ambulance

**22. Unit Gizi**

**Ketepatan waktu pemberian makanan pada pasien ranap**

	Jul	Agu	Sep
Target	100%	100%	100%
2022	100%	100%	100%



**ANALISIS:**

- Grafik memperlihatkan hasil yang telah tercapai target

**RENCANA TINDAK LANJUT:**

- Upaya akan terus dilakukan dengan cara monitoring dan evaluasi untuk mempertahankan capaian target 100%

**BAB VIII**  
**INSIDEN KESELAMATAN, BUDAYA KESELAMATAN, DAN MUTU**  
**PELAYANAN YANG DIKONTRAKKAN DI RUMAH SAKIT**

**A. IKP**

Bulan September 2022, dilaporkan kejadian insiden di RSKGM FKG UI.

Unit	Jenis Insiden	Tahun	Jul	Agu	Sep
Ranap-Farmasi	KNC	2022	0	0	0
	KTC	2022	0	0	0
	KTD	2022	0	1	0
	Sentinel	2022	0	0	0
K3RS	KNC	2022	0	0	0
	KTC	2022	0	0	0
	KTD	2022	0	0	0
	Sentinel	2022	0	0	0

Insiden keselamatan yang terjadi di RSKGM FKG UI sejak bulan Juli sampai dengan September 2022 dari Unit layanan terdapat insiden dengan katagori kejadian tidak diinginkan (KTD) sedangkan unit K3RS tidak terdapat insiden. Insiden terjadi pada pasien rawat inap saat persiapan operasi gigi. *Grading* faktor risiko bila dilihat dari probabilitas/ frekuensi dan dampak yang terjadi, maka kejadian tersebut masih di grade hijau. Sehingga yang tim KPRS lakukan adalah investigasi sederhana dalam 2 minggu sejak kejadian terjadi. Penanganan setelah investigasi dapat terlaksanakan sesuai dengan analisis dan rencana tindak lanjut.

Hasil investigasi untuk mencari akar masalah (RCA) insiden keselamatan pasien (IKP) yang terjadi di RSKGM FKG UI selama bulan Juli – September 2022 didapatkan penyebab terjadinya IKP di RS adalah sebagai berikut:

- KTD: Penyebab terjadinya reaksi alergi berupa sesak nafas dan gatal-gatal dikulit saat persiapan operasi setelah pemberian injeksi Ranitidin disebabkan: tidak ada riwayat alergi pada pasien, tes alergi dilakukan untuk obat anestesi dan antibiotik dimana hasilnya non-reaktif.  
Kondisi pasien membaik setelah tidak dilanjutkan pemberian obat lambung Ranitidin.

**B. Pengawasan Penggunaan Obat**

Laporan terhadap pengawasan obat yang dilakukan oleh unit Farmasi tidak ditemukan adanya efek samping obat maupun kesalahan pengobatan (*medical error*) pada pasien di RS bulan Juli - September 2022.

**C. Pengawasan Reaksi Transfusi Darah oleh unit Bank Darah/Laboratorium**

Laporan kejadian reaksi transfusi darah belum dilakukan oleh unit Laboratorium karena bulan Juli - September 2022 tidak ada tindakan transfusi darah terhadap pasien RS.

**D. Pengawasan Perbedaan Besar (*Discrepancy*) Antara Diagnosis Praoperasi dan Diagnosis Pascaoperasi oleh Komite Medik**

Pelaksanaan operasi gigi di IBS bulan Juli - September 2022 dilakukan dengan menggunakan anestesi umum. Kami tidak mendapatkan laporan tentang *discrepancy* pada tindakan operasi gigi di IBS RS.

### E. Pengawasan Efek Samping Sedasi Moderat – Mendalam dan Anestesi

Pelaksanaan operasi gigi di IBS bulan Juli - September 2022 dilakukan dengan menggunakan anestesi umum. Kami tidak mendapatkan laporan tentang efek samping sedasi dan anestesi umum tersebut pada tindakan operasi gigi di IBS RS.

### F. Budaya Keselamatan

Budaya keselamatan di RSKGM FKG UI tidak terdapat laporan ataupun keluhan dari staf RSKGM FKG UI sampai dengan September 2022. Tidak terdapat keributan/perkelahian antara staf yang mempengaruhi kinerja staf yang berdampak pada pelayanan pasien, berdasarkan tidak adanya laporan baik dari pasien, keluarga pasien maupun staf yang diterima oleh *customer service* maupun direksi RSKGM FKG UI.

Tabel Hasil Pengukuran Budaya Keselamatan

2021		
April	Unit Kerja	81%
	Pimpinan/Kepala Bidang/Kepala Unit	36%
	Komunikasi	38%
	RS	50%
2022		
September	Unit Kerja	91,45%
	Pimpinan/Kepala Bidang/Kepala Unit	92,78%
	Komunikasi	88,15%
	RS	95,97%



## BAB IX MANAJEMEN RISIKO

Subkomite manajemen risiko telah menyusun manajemen risiko dan FMEA berdasarkan data-data yang didapatkan dari unit layanan dan unit kerja. Kegiatan lain dari itu subkomite manajemen risiko adalah memantau kondisi unit, bangunan dan lingkungan RS bersama tim K3RS.

NO	KATEGORI RISIKO	DAMPAK (I)	FREKUENSI (L)	RISIKO (LxI)	PENGONTROL	Total (RisikoxPengontrol)	RANKING	
		1 – 5	1 – 5	1 – 25	1 – 4			
PMKP <b>I</b>	<b>PELAYANAN (Patient care – related risk)</b>							
	1	Terjadi alergi terhadap obat anastesi	4	2	8	3	24	9
	2	Gigi pasien salah tindakan	4	2	8	3	24	9
	3	Salah pasien, salah sisi, salah prosedur operasi	5	2	10	3	30	7
	4	Infeksi luka operasi	3	3	9	3	27	8
	5	Tertinggalnya benda asing (kasa/alat) dlm tubuh pasien post op	4	1	4	3	12	13
	6	Tindakan di IGD, PKMRS dan Rawat Inap Gagal/tak tercapai	4	2	8	2	16	11
	7	Dikomplain pasien karena tindakan di IGD, PKMRS dan ranap	3	3	9	3	27	8
	8	Pelayanan lama di Pendaftaran karena rekam medik ganda/hilang/ terselip	5	4	20	4	80	1
	9	Salah transkribing (obat, harga, dosis dll) karena Prescribing error	3	1	3	4	12	13
	10	Salah pasien karena salah identifikasi (tempel stiker) di penunjang medis	4	2	8	3	24	9
	11	Labeling obat high alert	4	2	8	2	16	11
	12	Komunikasi, informasi dan edukasi ke pasien tidak tersampaikan dengan baik	4	3	12	2	24	9
	13	Timbul antrian dan informasi yang diterima pasien kurang nyaman loket penerimaan dan pengambilan hasil menyatu di Lab	2	1	2	2	4	19
	14	Pelayanan terhambat karena alat error, reagen kosong dsb	3	2	6	3	18	10
15	Pasien lompat keluar kamar perawatan (bila di lantai atas dapat sebagai sarana untuk bunuh diri) karena jendela yang tidak aman	5	1	5	3	15	12	

K3RS

16	Risiko pasien jatuh	4	2	8	2	16	11
17	Keramik dinding yang lepas mencederai/ jatuh menimpa yang lewat	4	1	4	2	8	16
18	Penyebaran infeksi Covid-19	4	4	16	3	48	4
19	Terjadi INOS	4	2	8	3	24	9
20	Pasien/ keluarga terkena aliran listrik	4	1	4	2	8	16
21	Pasien, keluarga & pengantar jatuh	4	2	8	2	16	11
22	Sulit evakuasi pasien karena pintu KM membuka kedalam	3	1	3	3	9	15
23	Pengumpulan data mutu layanan pasien di unit	5	4	20	4	80	1
<b>I</b>	<b>ASET (Property-related risk)</b>						
1	Sirkulasi udara ruang dengan konstruksi AC tidak baik	5	1	5	1	5	18
2	Kebakaran gedung	5	2	10	3	30	7
3	Lantai toilet licin	3	3	9	2	18	10
4	Ruang dokumen tidak memenuhi syarat/ kurang besar	3	4	12	2	24	9
5	Jendela mudah dibuka pada bangunan bertingkat	2	4	8	3	24	9
<b>II</b>	<b>Staff karyawan</b>						
1	Jatuh dari bangunan karena jendela bisa dibuka	3	3	9	3	27	8
2	Terpapar bahan B3	4	2	8	3	24	9
3	Low back pain karena posisi bekerja tidak ergonomi	4	2	8	2	16	11
4	Kecelakaan kerja tertusuk jarum/ benda tajam	4	3	12	3	36	6
5	Tersengat listrik akibat kabel yang tidak rapih atau interaksi air ke listrik	5	1	5	2	10	14
<b>III</b>	<b>Pasien</b>						
1	Jatuh karena lantai licin, tangga yang curam serta tidak ada railing, serta keramik yang terlepas	3	2	6	3	18	10
2	Terkena gedung yang rubuh / goncangan	4	2	8	3	24	9
3	Tersetrum akibat kabel yang tidak rapih atau interaksi air ke listrik	4	2	8	2	16	11
4	Terkena bur	3	3	9	2	18	10

PPI

5	Kehilangan barang	4	3	12	2	24	9
6	Kulit terbakar akibat bahan kimia atau alat mekanik	4	3	12	2	24	9
7	Paparan X-Ray	4	2	8	2	16	11
<b>I</b>	<b>Proses Asuhan Invasif</b>						
1	Penyuntikan tidak sesuai SPO	2	2	4	2	8	16
2	Obat parenteral yang penyimpanannya tidak sesuai SPO	3	1	3	2	6	17
3	Tindakan hecting yang tidak sesuai SPO	3	1	3	2	6	17
4	Pemasangan infus tidak sesuai SPO	3	2	6	1	6	17
<b>II</b>	<b>Sterilisasi Alat</b>						
1	Ketidakpatuhan dalam pemakaian APD selama melakukan sterilisasi	3	2	6	2	12	13
2	Indikator biologi yang tidak tersedia	3	2	6	1	6	17
3	Indikator fisik yang tidak dilakukan	3	3	9	1	9	15
4	Proses sterilisasi alat	3	3	9	2	18	10
5	Tertusuk alat tajam	2	3	6	1	6	17
6	Tertular agen penyakit dari alat yang kotor	2	3	6	1	6	17
<b>III</b>	<b>Pengelolaan Linen/Londri</b>						
1	Pemilahan linen infeksius dan non infeksius	2	1	2	1	2	21
2	Proses pengakutan linen	1	1	1	1	1	22
3	Suhu ruang penyimpanan	1	1	1	1	1	22
<b>IV</b>	<b>Pengelolaan Sampah</b>						
1	Tempat pembuangan sampah sementara	3	3	9	1	9	15
2	Keterbatasan plastik hitam dan kuning	3	3	9	1	9	15
3	Ketidakpatuhan pembuangan sesuai jenis sampah	3	3	9	1	9	15
4	Pembuangan sisa makanan pasien	2	2	4	1	4	19
<b>V</b>	<b>Penyediaan Makanan</b>						

MFK

1	Penyimpanan makanan siap saji	3	2	6	1	6	17
2	Distribusi makanan ke pasien	3	2	6	1	6	17
3	Pengantaran makanan dari dapur utama ke RSKGM	3	2	6	1	6	17
4	Ada benda asing di dalam makanan	3	2	6	1	6	17
<b>VI</b>	<b>Kamar Transit Jenazah</b>						
1	Proses dekontaminasi kamar transit jenazah	1	1	1	1	1	22
2	Kepatuhan pemakaian APD pada petugas	1	1	1	1	1	22
<b>VII</b>	<b>Laboratorium</b>						
1	Tertusuk jarum	3	2	6	2	12	13
2	Terkena cipratan spesimen	1	2	2	1	2	21
3	Kesalahan dalam pembuangan spesimen	1	2	2	1	2	21
4	Kesalahan dalam pembuangan jarum	2	3	6	1	6	17
<b>VIII</b>	<b>Infeksi Radiologi</b>						
1	Pengulangan pembuatan radiograf (pasien terpapar radiasi yang tidak seharusnya)	1	3	3	2	6	17
2	Kelebihan dosis radiasi yang diterima	1	3	3	1	3	20
3	Pasien muntah pada saat pemasangan dental X-Ray	2	4	8	1	8	16
4	Infeksi nosokomial (intraoral dental radiologi)	2	2	4	2	8	16
<b>I</b>	<b>Fasilitas Toilet dan Kebersihan</b>						
1	Lantai licin sehingga terpeleat	1	3	3	2	6	17
	Bahaya biologi (parasit, jamur, bakteri, atau kuman) di sekitar tempat kerja	1	3	3	2	6	17
	Kontak dengan bahan kimia yang digunakan	2	2	4	2	8	16
	Cedera tangan karena getaran alat pembersih lantai	4	1	4	2	8	16
	Gangguan pernafasan karena debu ruangan	1	2	2	1	2	21
	Cedera karena tergores peralatan	1	5	5	2	10	14
	Tertusuk limbah benda tajam	2	3	6	2	12	13

<b>II</b>	<b>Laboratorium Klinik</b>						
1	Tertusuk limbah benda tajam	4	4	16	4	64	2
	Bahaya biologi (parasit, jamur, bakteri, atau kuman) di sekitar tempat kerja	3	1	3	2	6	17
	Kontak dengan bahan kimia yang digunakan	2	2	4	2	8	16
	trauma karena penggunaan peralatan laboratorium yang digunakan	2	3	6	2	12	13
	Infeksi dan kontaminasi lingkungan karena limbah B3	3	4	12	3	36	6
<b>III</b>	<b>Administrasi dan Perkantoran</b>						
1	Cedera (LBP) karena posisi kerja yang tidak ergonomis	2	4	8	2	16	11
	Gangguan pernafasan karena debu ruangan	1	4	4	2	8	16
	Iritasi mata dan gangguan pernafasan karena kualitas udara ruangan yang kurang baik	2	3	6	2	12	13
	Ruang kerja terbatas karena tata letak dokumen yang tidak rapih	2	5	10	3	30	7
	Cedera karena barang yang terjatuh	1	3	3	2	6	17
<b>IV</b>	<b>Rekam Medis</b>						
1	Cedera karena tertimpa rekam medis	1	5	5	2	10	14
2	Gangguan pernafasan karena debu ruangan	2	3	6	2	12	13
3	Cedera karena rubuhnya bangunan	5	1	5	2	10	14
4	Cedera karena terhimpit rak penyimpanan	5	1	5	2	10	14
<b>V</b>	<b>Radiologi</b>						
1	Gangguan kesehatan karena radiasi disebabkan kebocoran pesawat X-Ray	4	1	4	2	8	16
	Gangguan kesehatan karena radiasi saat pembuatan radiograf	4	1	4	2	8	16
	Luka bakar karena korslet listrik	4	1	4	2	8	16
	Gangguan pernafasan karena kontaminasi bahan B3	2	4	8	2	16	11
	Kelelahan mata karena intensitas cahaya ruangan	1	4	4	2	8	16
	Penyakit karena bahaya biologi di sekitar tempat kerja	3	4	12	3	36	6
<b>VI</b>	<b>Farmasi</b>						

1	Cedera karena tergores kemasan obat	1	5	5	2	10	14
	Terhirup serbuk obat	1	1	1	1	1	22
	Cedera karena bangunan rubuh	5	1	5	2	10	14
	Cedera karena undakan	1	3	3	1	3	20
<b>VII</b>	<b>Utilitas</b>						
1	Gangguan pendengaran karena kebisingan mesin	4	1	4	2	8	16
	Luka bakar karena korslet listrik	5	2	10	3	30	7
	Kerugian materi karena kebakaran	5	3	15	3	45	5
	Kerugian materi karena ledakan	4	2	8	2	16	11
<b>VIII</b>	<b>CSSD dan Laundri</b>						
1	Cedera karena panas	1	5	5	2	10	14
	Cedera tertusuk karena alat tajam saat pencucian	2	3	6	2	12	13
	Cedera karena korsleting alat	5	1	5	2	10	14
	Penyakit karena terpapar B3	1	5	5	2	10	14
<b>IX</b>	<b>Rawat Jalan</b>						
1	Cedera karena tertusuk jarum saat tindakan medis	2	3	6	2	12	13
	Cedera jatuh karena jendela yang dapat dibuka	5	2	10	3	30	7
	Cedera karena terbentur kaca	1	5	5	2	10	14
	Luka karena tergores material	1	2	2	1	2	21
	Cedera karena terpeleset genangan air dari DU bocor	1	3	3	1	3	20
	Cedera kulit karena panas bohlam DU unit lama	1	5	5	2	10	14
	Cedera karena korsleting alat medis	2	3	6	2	12	13
	cedera karena undakan lantai	1	3	3	1	3	20
<b>X</b>	<b>Rawat Inap</b>						
	cedera tertusuk jarum atau paparan cairan tubuh pasien	2	3	6	2	12	13
	cedera terjatuh karena jendela yang dapat dibuka	5	2	10	3	30	7

	cedera terbentur material bangunan	1	5	5	2	10	14
	cedera tergores material bangunan	1	2	2	1	2	21
	cedera terpeleat di kamar mandi	2	3	6	2	12	13
<b>XI</b>	<b>Pantry</b>						
	Kerugian materi karena kebakaran	5	3	15	3	45	5
	cedera terpeleat genangan air di ruang pencucian alat makan	1	4	4	2	8	16
	kebakaran alat elektronik yang mengalami korslet	5	1	5	2	10	14
<b>XII</b>	<b>Gas Medis</b>						
1	Kebakaran karena ledakan akibat ada kebocoran dan sumber listrik	5	1	5	2	10	14
	Keracunan gas yang bocor	3	1	3	2	6	17
<b>XIII</b>	<b>OK</b>						
1	cedera karena korsleting alat medis	2	3	6	2	12	13
2	cedera tertusuk jarum atau paparan cairan tubuh pasien	2	3	6	2	12	13
<b>XIV</b>	<b>IGD</b>						
1	cedera karena korsleting alat medis	2	3	6	2	12	13
2	cedera tertusuk jarum atau paparan cairan tubuh pasien	2	3	6	2	12	13
<b>XV</b>	<b>Ruang Server</b>						
	Kehilangan data karena kerusakan server	1	2	2	1	2	21
<b>XVI</b>	<b>Lift</b>						
1	kehilangan kesadaran karena kerusakan lift	2	1	2	1	2	21
<b>XVII</b>	<b>Mushola</b>						
1	Cedera karena terpeleat di tempat wudhu	1	3	3	2	6	17
	kerugian materi karena kehilangan barang	1	3	3	2	6	17
<b>XVIII</b>	<b>Tempat Parkir</b>						
1	Kerugian materi karena kehilangan kendaraan	1	3	3	2	6	17

## **BAB X EVALUASI**

### **A. EVALUASI**

1. Hasil evaluasi indikator mutu PMKP di bulan Juli - September 2022 masih belum konsisten ke arah capaian target, terbukti dengan masih adanya pencapaian yang tidak sesuai target.
2. Indikator mutu yang tercapai target:
  - a. Nasional Mutu:
    - Penundaan operasi elektif kasus BMM di OK Mayor
    - Kepatuhan jam visite dokter di unit rawat inap
    - Kepatuhan penggunaan formularium
    - Kepatuhan cuci tangan di unit-unit dan PPA
    - Kepatuhan upaya pencegahan risiko cedera akibat pasien jatuh pada unit rawat inap
    - Kepuasan pasien dan keluarga
    - Kepatuhan PPK di beberapa unit
  - b. Mutu Prioritas RS:
    - Kepatuhan cuci tangan oleh DPJP, perawat, nakes lainnya dan peserta didik di Unit Bedah Mulut dan Maksilofasial
    - Kecepatan waktu menanggapi dan memperbaiki kerusakan alat di Unit Bedah Mulut dan Maksilofasial
    - Penerbitan Surat ijin penelitian di RSKGM dalam 2 minggu
  - c. Mutu Prioritas Unit:
    - Unit Konservasi Gigi
    - Unit Rawat inap
    - Unit Bedah Sentral
    - Unit IKGA
    - Unit Prostodonsia
    - Unit Geriatri
    - Unit Penyakit Mulut
    - Unit Ortodonsia
    - Unit Radiologi
    - Unit Integrasi
    - Unit Oral Diagnostik
    - Unit Lab klinik
    - Unit Farmasi
    - Unit CSSD-Laundry
    - Unit Administrasi dan Manajemen
    - Unit Gizi
3. Kesadaran dan pengetahuan PPA mulai tertanam dan terbentuk.
4. Cara kerja dan tanggung jawab PPA yang meningkat membuat suasana lingkungan kerja menjadi berbeda.



## **B. ANALISIS**

1. Kesadaran PPA belum semua terbentuk.
2. Rasa tanggung jawab PPA masih belum konsisten.
3. Rasa tanggung jawab manajemen RS masih belum konsisten.
4. Keterampilan PPA belum semua sesuai standar.
5. PPA kurang mengedukasi pasien.
6. Kerjasama antar PPA belum konsisten.
7. Formulir isi RM mulai tersosialisasi secara luas.
8. Perubahan kebijakan menyangkut PMKP belum tersosialisasi secara meluas ke seluruh PPA.

## **C. LANGKAH PERBAIKAN**

1. Sosialisasi dan edukasi terhadap PPA harus gencar dan berkesinambungan
2. Kesadaran PPA harus ditanamkan dan terbentuk dengan konsisten
3. Rasa tanggung jawab PPA dan manajemen RS harus ditingkatkan sehingga capaian target bisa berhasil

## **BAB XI KESIMPULAN**

Peningkatan mutu dan keselamatan pasien menjadi tujuan akreditasi suatu rumah sakit. Perubahan yang sangat besar dialami oleh pihak manajemen RSKGM FKG UI, profesional pemberi asuhan, sarana dan prasarana RSKGM FKG UI, serta manajemen administrasi PMKP (Pedoman, SK, SPO, formulir di rekam medik, tatacara pelaksanaan pengambilan data mutu, monitoring, evaluasi, analisis, rencana tindak lanjut dsb.).

Perubahan kebijakan RSKGM FKG UI menjadikan pasien sebagai senter dari pelayanan terapi pasien sebagai senter membuat manajemen RSKGM FKG UI dan PPA di dalamnya harus bekerja dengan lebih baik, tersantar, dan terukur. Pelayanan pasien yang paripurna diharapkan dapat tercapai di RSKGM FKG UI. Pencapaian tujuan layanan paripurna dapat terlaksana jika RS melaksanakan program PMKP. Program PMKP menyangkut area klinis, area manajemen dan area sasaran keselamatan pasien yang tertuang dalam pelaksanaan nasional mutu, mutu prioritas, dan mutu unit.

Hasil dari evaluasi pelaksanaan program PMKP di unit-unit, terlihat bahwa sebagian besar telah tercapai target. Pelaksanaan program PMKP harus dilaksanakan oleh seluruh civitas RSKGM FKG UI tanpa terkecuali, dilaksanakan dengan kesadaran dan bersinambungan.

Direktur RSKGM FKG UI dan Komite PMKP harus melakukan *monitoring* dan evaluasi rutin terhadap terlaksananya program PMKP, capaian target, dan mengajak seluruh staf RSKGM FKG UI untuk mendukung pelaksanaan program PMKP.

## **BAB XII PENUTUP**

Demikian laporan Komite PMKP periode Juli - September 2022, semoga dapat menjadi masukan yang bermanfaat untuk peningkatan mutu di RSKGM FKG UI.

Jakarta, 10 Oktober 2022  
Mengetahui,  
Ketua Komite PMKP



Dr. drg. Natalina, Sp.Perio(K)  
NIP 196512251991022001